FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N° 470

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mohammed Taoufik SKHIRI

Né le 5 Décembre 1936 à TUNIS (Tunisie)

Interne de l'Hôpital de Chartres

Présentée et soutenue publiquement le

INTÉRÊT DE LA MÉDECINE PSYCHO-SOMATIQUE EN PATHOLOGIE DIGESTIVE A PROPOS D'UNE EXPÉRIENCE RÉALISÉE DANS UN SERVICE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Président : Monsieur P. PICHOT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1968

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1968 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Mohammed Taoufik SKHIRI

Né le 5 décembre 1936 à Tunis (Tunisie)

Interne de l'Hôpital de Chartres

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

INTERET DE LA MEDECINE PSYCHO-SOMATIQUE EN PATHOLOGIE DIGESTIVE. A PROPOS D'UNE EXPERIENCE REALISEE DANS UN SERVICE DE MEDECINE GENERALE

-:-

Président : Monsieur P. PICHOT (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6e
1968

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538115_0037

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E), INET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), HAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), DEBRE (R), EY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F.de), ENNES (L.de), GIROUD (A), HAZARD (R), HEUYER (G), AROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), EVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), ONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR ALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), UENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J), STROHL (A), ANON (L), VERNE (J).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er assesseur ..... Daniel BARGETON
2e assesseur ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
natomie	DELMAS (A) ; HUARD (P)
natomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J)
nesthésiologie	VOURC'H (G)
actériologie et virologie	TOURNIER (P)
iochimie médicale	JAYLE (M.F) ; POLONOVSKI (J) ; DESGREZ (P)
iologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
iologie médicale	FAUVERT (R)
iophysique médicale	BUGNARD (L) ; DOGNON (A) ; DJOURNO (A)
ancérologie expérimentale	MATHE (G)
himie pathologique	SCHAPIRA (G)
énétique fondamentale	LEJEUNE (J)
istoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
istologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H) ; COUJARD (R)

	MM.
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du travail	DESOILLE (H)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G) KUSS (R) VERNE (J.M)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE(H) PEQUIGNOT(H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P)
Pharmacologie	BOISSIER (JR) LECHAT (P)
Physiologie	BARGETON (D) PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie	CABROL (Ch)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch)
Bactériologie	BARBIER (P)
Biochimie médicale	DREYFUS(J.Cl)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Parasitologie	LARIVIERE (M)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J)
Physiologie	DEJOURS (P) SCHERRER (J)

	MM.
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J)
Cliniques chirurgicales Beaujon	LORTAT-JACOB (JL)
-	BAUMANN (J)
Cochin	LEGER (L)
Hôtel-Dieu	PATEL (J)
St-Antoine	GOSSET (J)
Salpêtrière	SICARD (A)
Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)	PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)	CAUCHOIX (J)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R)

		MM.
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (H
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE(P
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	CONTE (M)
	Saint-Antoine	KOURILSKY(R
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON(L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER(J
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN(R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Saint-Antoine	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G)
- - (Cochin)		BREGEAT (P)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		MOZZICONACC
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY (S

	MM.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BROUET (G)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX(L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique de rhumatologie(Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique (F.Widal)	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.Poincaré)	JUDET (R)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER(P)
- - (Necker)	COUVELAIRE(R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale (A.Chantin)	DOMART (A)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN(Y)
- - (Pitié)	RAMBERT (P)
- - (Rothschild)	WOLFROMM(R)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX(F)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	ANDRE (R) BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) CAROLI (J) DREYFUS (B) GROSSIORD(A) LAMBLING(A) LAUNAY (Cl) PAYET (M) PERRAULT(M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Néphrologie	RICHET (G)

MM.

Neuro-chirurgie	Le BEAU (J)
Neurologie	LHERMITTE (F
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pédiatrie	POLONOVSKI(C.) ROYER (P)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Biochimie médicale	CARTIER (P) GONNARD (P) NORDMANN (J)
Biologie médicale	HARTMANN (L)
Chirurgie	CERBONNET (G)
Hématologie	BILSKI- PASQUIER(G)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
Physique médicale	COURSAGET(J) GREMY (F)
Physiologie	GIRARD (Fr)
Stomatologie	CHAPUT(Mme A)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY(P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D)

Secrétaire général de la Faculté	M.LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN(A)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P), LAURENT (H),Le NOIR (G)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F),Mlles DU- ROZOY (M.F.), ROBERGE (D), Dr. SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

-:-

A la mémoire de ma MERE

Enlevée très tôt à notre affection : elle est restée présente près de nous

A la mémoire de mon PERE

A ma FEMME

Elle a été un soutien constant pendant toutes mes études

Qu'elle trouve ici l'expression de mon amour et de ma reconnaissance

A mes ENFANTS

Nadia et Karim

A mes FRERES et SOEURS

A mes BEAUX-PARENTS

A Monsieur le Professeur P. PICHOT

Professeur de clinique de Psychologie

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

En témoignage de ma très profonde et très respectueuse admiration

A mon Maître le Docteur BOUTTIER

Médecin-Chef du service de Médecine Générale
de l'Hôpital Paul Brousse

La sympathie que vous m'avez manifestée dès le début m'a encouragé à poursuivre mon travail dans votre service où l'intégration de la psychosomatique est réelle et me servira d'exemple pour tenter une pareille expérience dans mon pays

A mon Maître le Docteur A. BOMPARD

Attaché de psychiatrie à l'Hôpital
Paul Brousse

Vous m'avez guidé et conseillé tout au long de mon travail, vous vous êtes toujours montré disponible à mon égard

Veuillez trouver ici l'expression de mon amitié et de ma reconnaissance

A mon Maître le Docteur GACHKEL

Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Nous avons bénéficié de votre enseignement par "l'exemple"

Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance

INTERET DE LA MEDECINE PSYCHO-SOMATIQUE EN PATHOLOGIE DIGESTIVE.
A PROPOS D'UNE EXPERIENCE REALISEE DANS UN SERVICE DE MEDECINE GENERALE

-:-

INTRODUCTION

-:-

Assistant depuis plus d'un an à la Consultation de Médecine Psychosomatique (MM. les Docteurs D. BOUTTIER, V. GACHKEL et A. BOMPARD) à l'hôpital Paul Brousse, j'ai pu mesurer toute l'importance actuelle, et sans doute tout l'avenir de ces méthodes d'approche du malade. En prenant en considération non plus seulement la maladie organique telle qu'elle se présente aux divers examens, mais aussi à l'état psychique du malade, dans ce qu'il peut avoir d'incidences sur l'état physique, on tente de réaliser une "médecine totale" qui ne peut avoir que des résultats améliorés.

Certes, la médecine psycho-somatique n'est pas une nouvelle venue en France, où elle a pris naissance il y a bientôt un siècle, selon certains auteurs. Elle a été adoptée et modifiée par les auteurs américains, et nous est revenue quelque peu transformée. Les travaux russes de l'Ecole de Pavlov, les recherches et applications françaises, ont donné à la médecine psycho-somatique une orientation nouvelle, et surtout une possibilité d'applications diverses. Pour notre part, nous nous sommes surtout intéressé aux indications gastro-entérologiques de cette méthode d'approche et de traitement.

Toutes les affections digestives, et surtout tous les malades porteurs d'un trouble ou d'une

lésion gastro-intestinale, ne sont pas justiciables de la médecine psychosomatique. Il faut encore qu'à la maladie organique s'ajoute une composante psychique, voire psychiatrique, que le sujet réagisse de façon anormale aux habituels stimuli, ou qu'il soit placé dans des conditions extérieures, familiales, sociales, qui, génératrices de conflits, provoquent ou entretiennent le trouble ou la lésion. Or de plus en plus, la vie moderne, l'élévation du niveau mental des populations, font que ces conflits, par ailleurs mieux identifiés et pris en considération, sont fréquents ; au Colloque de Rennes en mars 1968, il a été dit que 25 pour 100 des sortants de vingt et un services de médecine, répartis dans quatre hôpitaux de Paris, sont des malades mentaux. Et même sans atteindre le pathologique, plus nombreux encore, certainement, sont les sujets chez qui une composante psychique - sinon psychiatrique - intervient pour aggraver l'état clinique et compromettre la guérison. De plus, on estime entre 30 et 50 pour cent la proportion des malades vus en clientèle qui sont des fonctionnels, c'est-à-dire atteints de troubles psychosomatiques,

Fondée sur des bases scientifiques incontestables, la médecine psychosomatique bénéficie en outre d'une tendance actuelle de l'éthique médicale, provenant elle-même d'acquisitions physiologiques récentes :

- l'importance du terrain, lui-même conditionné par des facteurs constitutionnels, mais aussi par l'environnement, avec des incidences réciproques ;

- la nécessité de faire participer le malade, de façon active, à l'évolution de son affection, en mobilisant des forces considérées longtemps comme échappant à la volonté, et soumises à ce que l'on appelait "le système nerveux involontaire", c'est-à-dire végétatif ou sympathique et parasympathique.

Cette attitude nouvelle vis-à-vis de l'individu souffrant n'exclut pas l'assistance des lois et de la société, mais c'est une assistance active, bien comprise, qui au lieu d'atrophier le sujet, au contraire développe ses possibilités.

Selon l'heureuse définition de Monsieur le Professeur Jean DELAY :

"dans l'ensemble, le mouvement psychosomatique cherche à dépasser une médecine des organes, devenue de plus en plus spéciale et locale, au profit d'une médecine générale de l'organisme".

En même temps, l'individu doit être écouté et compris, car sa participation au diagnostic et au traitement est de plus en plus jugé nécessaire. "Nos malades n'ont souvent besoin que d'être écoutés", écrit P. BERNACHON.

Enfin, cette définition de M. SAPIR permet de bien situer la médecine psychosomatique indépendamment des multiples problèmes encore en discussion :

"Est psychosomatique tout symptôme, tout syndrome, toute maladie, qui à l'occasion d'une agression, met en branle pour une durée plus

ou moins longue, la personnalité entière du sujet".

Notre modeste travail ne prétend pas apporter du nouveau dans un domaine ou de très grands esprits ont consacré maintes recherches. Il n'a pour but que de faire le point de la médecine psychosomatique telle qu'elle apparaît applicable à la gastro-entérologie, dans le cadre d'une expérience que nous vivons nous-même dans le service. Aussi notre plan de travail sera-t-il le suivant :

- Tout d'abord, nous exposerons les théories en présence : celle de l'Ecole américaine (ALEXANDER, DUBAR, WEISS, ENGLISH) de tendance psychanalytique ;

celle de l'Ecole allemande, d'inspiration biologique et philosophique ;

celle de l'Ecole russe, basée sur la théorie du nervisme, du contrôle cortical de toutes les activités somatiques (PAVLOV, PETROVA, BYKOW) ;

mais un rapprochement de ces théories est en cours ;

- Nous rappellerons les résultats expérimentaux déjà accumulés, qui démontrent sans contestation possible l'origine psychique de certaines lésions somatiques ;

- nous décrirons alors les méthodes d'examen psychosomatique telles qu'elles peuvent être appliquées dans un service de médecine générale ;

- nous envisagerons alors les méthodes de traitement utilisables en marge des traitements

médicaux classiques : psychothérapie d'inspiration psychanalytique, relaxation, mais aussi assistance sur le plan social ;

- le problème de la formation psycho-somatique se pose ;

- nous montrerons comment ces méthodes d'examen et de traitement sont applicables à la gastro-entérologique et très spécialement indiquées dans ce vaste et complexe domaine de la pathologie lésionnelle et fonctionnelle ;

- nous terminerons en donnant quelques exemples, en apportant quelques observations dans lesquelles la médecine psychosomatique se trouvait particulièrement indiquée et riche de promesses...

-:-

LES THEORIES EN PRESENCE

-:-

Les modes d'approche des troubles psychologiques sont très éloignés les uns des autres selon qu'il s'agisse :

- des psychiatres des pays de l'Europe de l'Est, ou

- des psychiatres occidentaux et plus particulièrement anglo-saxons.

On peut dire, en effet, que :

. la médecine cortico-viscérale de l'Est s'oppose fondamentalement à

. la médecine psychosomatique de l'Ouest.

Dans la première, l'accent est porté sur la décharge cortico-viscérale ; dans la seconde, sur le rapport entre les conflits affectifs et les dysfonctions végétatives.

A l'Est, on reproche aux Occidentaux de connaître insuffisamment les progrès accomplis par la recherche dans le domaine cortico-viscéral, et d'être non scientifiques.

A l'Ouest, on reproche aux auteurs de l'Est de dénaturer les concepts occidentaux, de ne

pas prendre en considération les forces affectives, non toujours accessibles à l'approche expérimentale, ni à la précision de l'expérimentation neuro-physiologique. Et cependant ces points de vue si opposés se cherchent actuellement, tentent de se rapprocher, et de réaliser une synthèse satisfaisante pour toutes les doctrines.

Nous allons donc résumer ce que sont les théories cortico-viscérale et psychosomatique, puis nous montrerons comment se présente une tentative d'intégration de ces deux approches.

o o
o

Théorie cortico-viscérale.

Le point de départ en a été l'expérimentation en laboratoire réalisée par l'Ecole de PAVLOV, par BYKOV, KURCIN, USLEVIC et leurs collaborateurs. Il s'agissait surtout d'élucider le rôle des connexions extéroceptives dans les fonctions normales et anormales des organes internes, dans des états pathologiques tels que l'hypertension artérielle, l'asthme bronchique, l'ulcère gastrique. On est ainsi arrivé à concevoir des applications cliniques humaines des méthodes de recherche sur les interrelations cortico-viscérales, applications qui cependant demeurent encore aujourd'hui assez limitées.

Selon la théorie cortico-viscérale, c'est le cortex cérébral qui est le lieu de confluence de l'information extéroceptive issue de l'environnement social et biologique du sujet, et de l'information intéroceptive issue de

ses viscères. Les voies cortico-viscérale et cortico-externe sont des circuits à double sens. Le cortex cérébral dirige et modifie les réactions aux stimuli provenant :

- en accord avec les expériences antérieures du sujet, enregistrées comme connexions temporaires ;

- en accord avec les exigences du moment, issues de l'organisme. La réponse sera déterminée par les forces dynamiques du cortex cérébral (loi d'irradiation et de centralisation de l'excitation et de l'inhibition).

Car dans la théorie cortico-viscérale, comptent également tant l'extéroception que l'intéroception. Dans l'évaluation des facteurs étiologiques d'une maladie organique, la théorie tient compte du milieu extérieur, événements biologiques traumatiques, et des expériences affectives du sujet.

Aux deux questions fondamentales :

- l'étiologie de la maladie cortico-viscérale diffère-t-elle de celles d'autres affections névrotiques, et de quelle manière ?

- comment rendre compte du choix de l'organe ?

la théorie cortico-viscérale pense être en mesure de répondre de façon satisfaisante.

Spécificité de l'étiologie.

Il faut ici distinguer entre spécificité de la personnalité prémorbide, et spécificité du stress, de la constellation des stimuli.

Les preuves apportées par les auteurs soviétiques à propos des types de personnalité liés à certains troubles ne semblent pas concluantes à WITTKOVER et SOLYOM.

Les traits de caractère, type nerveux fort ou faible, ne paraissent pas liés spécifiquement à certaines affections. Plutôt qu'une typologie, MYASNIKOV préfère tenir compte de la personnalité totale. MELIKHOVA par ses expériences apporte le fondement d'une autre conception selon laquelle la maladie cortico-viscérale, au contraire d'autres perturbations de la fonction nerveuse supérieure, tiendrait à l'effet combiné d'une signalisation extéroceptive et d'une signalisation intéroceptive toutes deux pathologiques.

Spécificité du stress.

Ce problème est proche de celui du choix de l'organe. Toute stimulation extéroceptive, psychogène, provoquant un processus cortical, excitation ou inhibition, intéresse simultanément, par cette voie, plusieurs organes. Le seuil de stimulation et d'inhibition diffère selon les organes ; certains témoignent d'une grande résistance à l'extinction, alors que la sécrétion gastrique conditionnée est très sensible à l'inhibition externe (KOOZTTEN). Les expériences font prévoir que le système cardio-vasculaire sera plus directement impliqué dans les états névrotiques que d'autres organes. Toutefois, la stimulation intéroceptive paraît plus directement impliquée que la stimulation extéroceptive dans le choix de l'organe. Les connexions intéroceptives ont des effets durables, en exerçant une stimulation prolongée sur le cortex ; elles peuvent inhiber les ré-

flexes conditionnés extéroceptifs dont l'activité peut encore intensifier l'effet des connexions intéroceptives : on comprend ainsi l'évolution chronique, auto-entretenue, des maladies cortico-viscérales (PROGREBKOVA).

Les auteurs en faveur de la théorie cortico-viscérale par conséquent ne pensent pas que les affections cortico-viscérales ou neuro-somatiques aient une étiologie particulière, l'activité nerveuse supérieure pouvant être perturbée par des facteurs extérieurs ou intérieurs. Selon eux, la stimulation extéroceptive peut primer sur la stimulation intéroceptive dans l'étiologie des névroses ; les pulsations intéroceptives peuvent l'emporter sur la stimulation extéroceptive dans l'étiologie des états somatiques chroniques. Dans les affections cortico-viscérales, la constitution et les maladies organiques antérieures interviennent puissamment dans le déterminisme du choix de l'organe.

o o
o

Théorie psycho-somatique.

Elle a été la résultante de cinq démarches :

- des études anamnétiques cliniques, permettant de connaître la structure de la personnalité prémorbide, les éléments dynamiques du sujet présentant une atteinte fonctionnelle ou organique ; le début et les exacerbations de ces troubles étant mis en rapport avec les situations vitales significatives et affectivement chargées ;

- des études expérimentales, démontrant l'apparition de modifications dans les fonctions végétatives concomitantes d'états affectifs induits ;

- des études de corrélations, démontrant des changements dans les fonctions végétatives, concomitants d'états émotionnels spontanés ;

- la mise en oeuvre de tests psychologiques qui, chez un malade de psychosomatique permettent de jauger la validité des données provenant des études cliniques anamnétiques ;

- des études pronostiques permettant d'apprécier la validité de la théorie psychosomatique en anticipant, d'après les éléments subjectifs fournis par l'introspection, les résultats des examens objectifs ultérieurs, examens de laboratoire surtout. C'est d'ailleurs dans le temps que se sont développées ces successives approches permettant de mieux établir et comprendre les relations réciproques entre le corps et l'esprit. Les études cliniques anamnétiques ont eu pour principe directeur le fait que l'interrogatoire de nombreux malades atteints des mêmes troubles psychomatiques, ulcère gastro-duodénal, asthme bronchique, de même que l'étude psychanalytique d'un petit nombre de ces sujets, ont montré qu'il existait des traits communs chez eux, auxquels on pouvait attribuer un rapport étiologique, sans exclure le rôle causal important de la labilité neuro-végétative et endocrinienne constitutionnelle,

la prédisposition héréditaire,

le conditionnement acquis.

Les troubles psycho-physiologiques ont d'abord été considérés comme des représentations symboliques, significatives des conflits affectifs inconscients, en somme quelque chose de proche de l'hystérie de conversion, dont CHERTOK, GACHKEL, BOMPARD et BOUTTIER ont récemment souligné la relative fréquence dans les services de médecine générale. Des malades qui devraient guérir rapidement, tout au moins dans leurs manifestations somatiques les plus bruyantes, se trouvent pratiquement chronicisés comme de grands malades. RUESCH le premier supposait que les malades atteints de troubles psychosomatiques adoptent un mode de communication régressif par le langage du corps en raison de leur défaut d'aptitudes à recourir aux symboles verbaux. Tandis que pour DUNBAR, pour ALEXANDER, les symptômes psychosomatiques n'ont pas de significations symbolique ; ALEXANDER considère les dysfonctions psychophysiologiques comme des concomitants affectifs résultats d'un blocage de l'expression émotionnelle (selon la théorie de la résistance et de la décharge de CANNON).

Les réponses affectives physiologiques sont d'abord fonctionnelles, mais en se prolongeant elles peuvent mener à des modifications tissulaires ; à une régression psychologique s'ajoute une régression physiologique. Selon MARGOLIN, selon GRINKER, l'organisme nouveauné fonctionne comme un tout sur le plan viscéral, avec des voies de réactions généralisées à tout stress, externe ou interne. Avec un développement ultérieur, les réponses mal différenciées sont remplacées par des processus de contrôle nerveux, sans être toutefois supprimées : le stress déstructurerait l'organisme,

le ramenant à l'état de totalité indifférenciée, avec réapparition des réactions végétatives primitives.

En pathologie cortico-viscérale, comme en pathologie psycho-somatique, le problème de la spécificité occupe une place importante, mais tandis que DUNBAR traçait des profils de personnalité tenus pour caractéristiques d'entités psychosomatiques spécifiques, F. ALEXANDER supposait que la nature du conflit affectif et la configuration dynamique des sujets qui y répondent déterminent la mise en jeu d'un système spécifique.

Très critiqués, ces concepts psychosomatiques ont cependant été reconnus comme valables dans une certaine mesure par une recherche clinique et expérimentale systématique. Les deux systèmes théoriques se fondent donc sur des travaux de valeur ; on a tenté ces derniers temps non seulement de les confronter, de les comparer, mais aussi, de les rapprocher.

Tout d'abord, en ce qui concerne la médecine clinique, il faut bien reconnaître que les tenants de la recherche cortico-viscérale, comme les tenants de la psychosomatique, se sont posé les mêmes questions :

- quels sont les individus susceptibles de présenter des troubles psycho-physiologiques ?

- pourquoi les présentent-ils ?

- comment les présentent-ils ?

Si la recherche cortico-viscérale se fonde sur des recherches expérimentales de laboratoire, chez l'animal, et la recherche psychosomatique sur des recherches cliniques chez l'homme, les Occidentaux se situent souvent, ces derniers temps, dans les perspectives pavloviennes, tandis que les chercheurs de l'Est passent dans le domaine de la clinique cortico-viscérale. La méthodologie, les principes théoriques, séparent cependant les deux Ecoles, le chercheur en psycho-somatique s'intéressant surtout au pourquoi, le chercheur en pathologie cortico-viscérale, surtout au comment, des troubles psycho-physiologiques présents.

En psychosomatique, l'exploration du pourquoi, de la motivation du comportement et du fonctionnement anormaux, fait aborder un matériel introspectif subjectif, sans rien d'exclusif toutefois ;

en pathologie cortico-viscérale, la recherche du comment, des mécanismes neuro-physiologiques et neuro-endocriniens, se centre sur des phénomènes objectifs, objectivals - sans non plus éliminer quoi que ce soit.

Pour WITTKOVER, on ne voit pas pourquoi "il serait moins scientifique d'écouter un patient que de le regarder en enregistrant ses réactions biologiques. De fait, il nous semble qu'il y a autant de négligence à ne pas faire cas des processus neurophysiologiques réactionnels qu'à ignorer les conflits affectifs qui les suscitent".

Une tentative de rapprochement des deux théories est donc pleinement justifiée, d'autant plus qu'en U.R.S.S. il existe actuellement une tendance à libérer la psychologie de l'emprise de la physiologie, et qu'aux Etats-Unis, chez les chercheurs psychosomatiques en particulier, il se développe un mouvement allant plutôt vers un rapprochement entre les deux disciplines : - ces derniers, dans la ligne "physicaliste" du courant ego-psychologique en psychanalyse, se concentrent beaucoup plus sur l'expérimentation psycho et neuro-physiologique, c'est-à-dire sur le comment, que sur la clinique et la spéculation théorique s'appuyant sur celle-ci. On voit même certains Américains remplacer le terme de médecine psychosomatique par celui de médecine psycho-physiologique ; CHERTOK, récemment, signalait que dans le périodique spécialisé "Psychosomatic Medicine", on constate une prédominance de travaux d'ordre psycho-physiologique et même neurobiologique.

Et on y lit, sous la signature du psychanalyste MORTON REISER un exposé des perspectives des recherches psychosomatiques actuelles avec cette phrase :

"Nous devons rétablir la liaison entre le corps et le comportement au moyen de l'organe intermédiaire, le cerveau".

Les chercheurs des deux doctrines s'accordent à rejeter le concept de l'uniformité du type de personnalité spécifique de chaque perturbation psycho-physiologique, tout en retenant le lien existant entre des constellations conflictuelles bien définies, et le choix des organes atteints. Il a été démontré

que des modifications biologiques, biochimiques, peuvent être prévues à partir d'élaborations psychodynamiques. Dans les deux camps, on insiste sur l'importance de la constitution et de la prédisposition acquise pour le choix de l'organe, et on reconnaît une étiologie plurifactorielle plutôt qu'une étiologie à facteur unique pour une maladie donnée.

WITTKOVER, qui attribue la scission entre les méthodes d'approche des troubles psychophysiologiques à l'Est et à l'Ouest à une insuffisance d'échanges, à une divergence d'orientation générale, expérimentale à l'Est, clinique à l'Ouest, arrive néanmoins à une conclusion réconfortante : "Nous avons la conviction que l'abord cortico-viscéral et l'abord psychosomatique ne sont nullement inconciliables, et qu'ils représentent en réalité deux faces du même problème."

RESULTATS EXPERIMENTAUX

-:-

Après avoir lu dans leur ensemble les théories en présence en matière de médecine psychosomatique - psycho-physiologique et cortico-viscérale -, il nous faut aborder les indications propres à la gastro-entérologie ; et pour cela, envisager tout d'abord les résultats fournis par l'expérimentation sur l'animal ; mais parfois aussi chez l'homme.

C'est ainsi que dès 1905, CADE et LATARJET ont publié le cas quasi-expérimental d'une jeune fille de vingt ans porteuse d'un "petit estomac"; il s'agissait d'une hernie gastrique qui par suite d'un processus inflammatoire chronique, donna lieu à la séparation du diverticule : c'était la réalisation spontanée du dispositif utilisé naguère par PAVLOV chez le Chien. Le prolapsus s'était fistulisé, et présentait une ouverture sur l'extérieur. On pouvait ainsi recueillir et étudier la sécrétion gastrique. A jeun, il s'agissait d'un liquide sans acide chlorhydrique libre. Mais à la faveur d'une stimulation, envie de manger, évocation d'un repas, la fistule évacuait un liquide deux fois plus important et contenant de l'acide chlorhydrique libre et de la pepsine.

BOBIEN de son côté avait réussi à déclencher la sécrétion de suc gastrique riche en acide chlorhydrique non seulement par voie psychique, mais également par un réflexe conditionné (son-

nerie) chez un enfant de trois ans porteur d'une fistule gastrique secondaire à une sténose oesophagienne par ingestion de caustique.

Des faits analogues ont été rapportés dans les mêmes conditions par WOLF et WOLFF, un fragment de muqueuse gastrique des dimensions d'une pièce de 5 F. faisant hernie à l'extérieur de l'orifice fistulaire permettait de suivre les réactions d'hyperfonctionnement en cas de colère, d'hypofonctionnement en cas d'anxiété, de sentiment d'infériorité. Il fut ainsi établi que d'une façon générale, les réponses physiologiques pouvaient être complètement modifiées, voire même radicalement inversées, sous l'influence de désirs, de déception par les situations affectives, les changements d'humeur. Ces modifications physiologiques ont été objectivement établies par la radiographie, l'électrogastrogramme, la kymographie, le cyto-diagnostic.

FLEINER entre 1910 et 1914, publia des clichés objectivant la réponse du tractus digestif dans son entier aux modifications de l'état psychique.

HEYER a montré que le tonus gastrique d'un sujet donné dépend de l'ensemble de sa condition psycho-physique, les réactions variant d'un sujet à l'autre sous l'influence de l'exacerbation suggérée de la douleur, puis sous l'influence de la cédation provoquée par l'hypnose. Ces constatations ont permis sur le plan pratique de faire disparaître certains troubles rebelles aux thérapeutiques classiques : atonie grave avec entéroptose, ralentissement du transit, qui ont disparu sous hypnose d'un jour à l'autre, donc par une technique purement psychique.

Les études radiologiques ont confirmé l'observation directe selon laquelle l'appétit, l'évocation d'un repas, les excitations, l'agitation, la peur peuvent activer le péristaltisme, alors que le manque d'appétit, la fatigue, la dépression, l'effroi, peuvent avoir un effet contraire.

La réaction de l'estomac ou "contraction de la faim" représente un aspect important de la médecine psychosomatique digestive. On avait d'abord admis que la secrétion à jeun et l'acidité étaient responsables de la sensation de faim douloureuse ; en cas d'irritabilité, l'acidité normale pouvait déclencher ces contractions douloureuses (von BERGMAN 1926) ; en réalité, les douleurs de la faim sont toujours contemporaines de violentes contractions de l'estomac vide, ou presque vide, alors que l'inverse n'est pas toujours observé. Ni l'amplitude du péristaltisme, ni l'importance de l'acidité, n'ont d'influence sur la perception et la non perception de la douleur. Une hyperchlorhydrie a pu s'abaisser à des taux normaux chez une malade de STEIN porteuse de fistule gastrique, après une psychothérapie résolvant des conflits inconscients agressifs verbaux.

Des faits analogues concernant le péristaltisme de l'oesophage cette fois ont été également rapportés par COUHE dès 1908. La stimulation du sympathique provoquait une contraction de la plupart des étages digestifs, alors qu'au niveau de la paroi oesophagienne on constatait un relâchement. L'expérience populaire a bien retenu que les émotions peuvent entraver la déglutition, comme le prouve l'expression : avoir la gorge nouée.

Au niveau du tractus intestinal, des observations analogues ont été faites, montrant avec CANNON (1909) que le péristaltisme du grêle et du colon pouvait être suspendu par la peur, les pulsions agressives. Le bruit, des odeurs désagréables, le jeûne prolongé, inhibent la motilité intestinale et anémient la muqueuse intestinale dans les expériences de von BERGMANN sur le Lapin porteur d'une fenêtre abdominale. La présentation d'une carotte par contre déclenchait une vive motilité du grêle d'abord, du colon ensuite.

De nombreuses observations ont montré chez l'homme que les influences psychiques peuvent modifier la motilité intestinale, provoquer le spasme, diminuer ou augmenter le tonus, modifier la sécrétion de la muqueuse gastrique. Selon DELHOUGUE et HANSEN, les enzymes pancréatiques secrétées correspondaient sous hypnose aux aliments suggérés, aussi bien en teneur en lipase qu'en diastase. La nature des aliments suggérés a pu modifier la sécrétion selon les préférences et les aversions du sujet. Cette incidence sur la motilité et la sécrétion gastrique devrait être prise en considération lorsqu'on prescrit un régime, qui devrait tenir compte des goûts du malade, dans le cadre permis par la maladie à traiter évidemment.

Selon WITTKOVER, le psychisme joue un rôle important dans la ptose gastrique, une augmentation du tonus peut être observé, évoquant des images de gastrite.

Un intérêt tout particulier devra être accordé aux recherches expérimentales effectuées dans le domaine de la maladie ulcéreuse, avec

la réalisation de l'ulcère de contrainte selon une technique expérimentale psychosomatique (BONFILS, DUBRASQUET, LAMBLING). Déjà diverses recherches ont été entreprises dans ce domaine, dans le but de définir les traumatismes psychiques ulcérogènes, de préciser le retentissement organique sur le système nerveux central de tels traumatismes, d'étudier les voies de transmission psychosomatiques ; le rôle de la lésion somatique, dans la pérennité du facteur psychique ou dans la réceptivité de l'organisme à ce facteur.

Quatre types de méthodes expérimentales ont été utilisés :

- LEVRAT et LAMBERT réalisent des modifications de l'environnement, les animaux étant soumis pendant de longues périodes de temps à une excitation mécanique et lumineuse violente ;

- SAWREY et WEISZ ont recours au conflit psychologique chronique, entre les réactions d'approches dues à la faim, à la soif, et des réactions d'évitement provoquées par un choc électrique ;

- technique appliquée au Singe par PORTER et BRADY, créant un sentiment conscient et prolongé de responsabilité, sans aucune agression physique ;

- la technique de la contrainte physique et psychique obtenue par simple immobilisation chez le Rat (BONFILS, DUBRASQUET et LAMBLING).

L'ulcère de contrainte est bien de nature psychosomatique, comme le prouvent la nature

du stimulus utilisé, le mode de relation entre le stimulus et la fréquence d'apparition de l'ulcère, les relations entre le comportement psychologique du Rat et la survenue de l'ulcère, enfin, l'action des drogues psychotropes.

La technique est simple : au cours d'une anesthésie générale à l'éther, l'animal est immobilisé dans un grillage percé de trous par où passent les pattes, qui sont ensuite attachées deux à deux entre elles. Le grillage moule le corps sans le serrer ; il est suspendu horizontalement au-dessus du sol. Les rats sont sacrifiés soit à la 7ème heure, soit à la 24ème heure de l'immobilisation. Dès le début de la contrainte, on injecte 2,5 ml de sérum physiologique dans chaque patte arrière.

En fin de contrainte, les lésions sont observées, elles siègent toujours sur la portion glandulaire, ventriculaire de l'estomac. Ce sont des ulcérations noirâtres, le plus souvent multiples, se répartissant avec une certaine symétrie sur les faces, et sur la grande courbure. La fréquence lésionnelle dépend de la durée de la contrainte. Pour 7 heures, 57,9 % des animaux ont été trouvés par BONFILS porteurs d'ulcères avec une mortalité de 3 % ; pour 24 heures, cette fréquence s'élève à 89,2 % avec une mortalité de 5 %.

L'ulcération est constituée par une escarre superficielle ne dépassant pratiquement jamais la musculaire muqueuse, et dont l'élimination complète ne s'observe qu'assez rarement avant la 24ème heure. Il existe des réactions périulcéreuses importantes, une vasodilatation capillaire intense, plus fréquente à la 7ème

heure qu'à la 24ème heure, et pouvant exister en dehors de la constitution de l'ulcère.

En sacrifiant les animaux contraints 24 heures de façon étagée, on constate que l'évolution des lésions après la fin de la contrainte se fait non pas par un passage à la chronicité, mais au contraire avec augmentation en fonction du temps du pourcentage des estomacs indemnes, ou porteurs de lésions cicatrisées. A partir du 5ème jour, on ne trouve plus de lésions aiguës récentes, au 9ème jour 50 % des estomacs sont normaux et 50 % sont porteurs de lésions cicatricielles en fin d'évolution.

La contrainte comporte des phénomènes physiques et psychiques : restriction de mouvements, réactions motrices à la contrainte, réduction de l'activité exploratrice de l'animal et enfin perturbations métaboliques d'origine émotive, accélération de la chute pondérale en période de jeûne, par accentuation de la thermolyse en particulier par action thyroïdienne et hypophysaire. L'hypophysectomie aggrave l'ulcère de contrainte qui ainsi se sépare du syndrome de SELYE.

Le stimulus psychique au cours de la contrainte à une action qui dépend de la réceptivité de l'animal (on constate par des expériences itératives une adaptation de la contrainte) et de l'intensité du stimulus, comme le prouvent les relations entre la fréquence ulcéreuse et le volume de l'espace de contrainte.

BONFILS trouve également des relations entre le comportement psychologique spontané du Rat

et sa sensibilité à l'ulcère de contrainte. Or, le comportement spontané d'un animal vis-à-vis d'un environnement nouveau non traumatisant constitue un élément stable de sa vie d'adulte et témoigne de facteurs multiples :

- caractéristiques raciales héréditaires ;

- maturation pré et postnatale du système nerveux central et facteurs organiques ou psychologiques susceptibles de la modifier ;

- excitabilité du système nerveux central, fonction des deux facteurs précédents et de facteurs contemporains du test : état métabolique, équilibre des constituants alimentaires, en particulier ;

- mode de vie, isolé ou collectif, confiné ou non confiné immédiatement avant le test.

Ces divers éléments ont été isolément expérimentés par BONFILS et collaborateurs, ce qui leur a permis d'affirmer l'existence d'une corrélation étroite entre l'adaptation spontanée de l'animal et sa sensibilité à la contrainte. Dans la sensibilité à l'ulcère de contrainte, le facteur génétique intervient également.

Restait enfin à préciser l'action des drogues psychotropes.

La vagotomie provoque une réduction de fréquence ulcéreuse d'autant plus grande que le stimulus est plus intense.

Les dérivés de l'iminodibenzyl, gamma-diméthyl-aminopropyl et alpha-méthyl-beta-diméthyl-

aminoéthyl, injectés par voie intra-musculaire trente minutes avant la mise en contrainte, le premier à la dose de 10 mg/kg, le second à la dose de 20 mg/kg, ont eu des effets différents : le premier assure une protection, l'autre pas. Et comme les deux produits agissent sur le système nerveux autonome et sur le système nerveux central, on peut admettre que la protection exercée par le premier produit dépend au moins en partie d'autres facteurs ; cette protection retrouvée pour toutes les intensités de stimulus, diffère donc de celle de la vagotomie.

Quant à la chlorpromazine, 10 mg/kg par voie intra-musculaire trente minutes avant la mise en contrainte, elle ne protège que pour la contrainte standard et non pour les stimuli plus faibles.

Ces expériences autorisent les conclusions suivantes : l'action d'un stimulus psychique a été précisée dans ses conditions, relation entre volume de restriction et fréquence ulcéreuse, adaptation à la contrainte par réitération ; le stimulus pathogène emprunte des voies de transmission vagales et extra-vagales ;

il existe des relations entre la réceptivité au stimulus et la structure psychologique.

Tous ces éléments sont utilisés dans l'interprétation des données obtenues en clinique humaine.

METHODES D'EXAMEN PSYCHOSOMATIQUE DANS UN SERVICE DE MEDECINE GENERALE

-:-

Avant d'aborder les méthodes d'examen psychosomatique proprement dites, nous voudrions donner nos impressions personnelles reçues à la première consultation à laquelle nous avons assisté. L'ambiance générale est déjà très différente de celle d'une consultation médicale ordinaire. Le chef de service crée une atmosphère de confiance aussi bien parmi les membres de l'équipe que chez le malade : entretien avec ce dernier, puis discussion générale en toute liberté.

Les divers membres de l'équipe s'assoient en cercle, le malade parmi eux, faisant face à celui qui interroge, le psychiatre le plus souvent, ou un membre de l'équipe médicale. Toutes les questions sont soulevées, sans aucune scission entre les problèmes somatiques et les problèmes psychologiques, envisagés globalement. Chacun fait preuve d'un grand esprit de tolérance et de modestie, et vis-à-vis du malade, et vis-à-vis de la maladie. Personne ne tente de prendre de l'importance vis-à-vis des autres. Les problèmes d'examens complémentaires sont également correctement posés et dosés. Car ceux-ci, bien que possédant toute la valeur d'information qu'ils ont en médecine

ordinaire, doivent également connaître des limites, afin que l'organique ne prime pas le psychique dans l'esprit du malade, les deux notions s'intriquant à égalité. Ces questions ont été bien précisées à l'occasion de Tables Rondes, à l'Hôpital Saint-Antoine avec Monsieur le Professeur BOUDIN, et à l'Hôpital de Perray-Vaucluse : faut-il,

- demander peu d'examens complémentaires afin d'éviter la somatisation,
- ou faut-il en demander beaucoup, pour éviter la dramatisation ?

Tout est question de dosage. En règle générale, on en demandera suffisamment pour éviter de passer à côté du diagnostic, le malade étant informé de la nécessité de la multiplicité des examens et de leur valeur. Cette régle, facile en médecine organique, est indispensable, mais d'application plus délicate, en médecine relationnelle.

Le malade mental supporte mal les investigations, qu'il considère comme l'objectivation de sa tare. Il faut enfin savoir que la tierce personne est mal acceptée par le malade dans la relation bipolaire avec le médecin.

Dans notre expérience, les tests psychologiques semblent bien acceptés par le malade, et l'assistante de psychologie est toujours présente à la première consultation, lors de l'abord psychologique, et que l'indication de la psychothérapie est posée par l'ensemble de l'équipe médicale.

o

Définition et objet de l'examen psychosomatique.

Il s'agit d'explorer la totalité des aspects de l'affection en cause, d'obtenir une investigation globale tant sur le plan mental qu'organique, et de rechercher les corrélations somato-psychiques. C'est en fait un examen de psychodynamisme du patient et de son articulation organique.

Les sujets justiciables de la médecine psychosomatique sont :

- des sujets à structure névrotique, ou prépsychotique, présentant des troubles somatiques plus ou moins définis, non toujours en rapport direct avec cette structure, mais largement utilisés par elle ; le somaticien seul ne réussira guère à traiter cet ensemble, et c'est l'existence de particularités psychiques que le malade cache, nie, ou isole autant que faire se peut de l'affection organique, qui décidera de l'indication psychosomatique ;

- des malades dits fonctionnels, dont les manifestations présentent une psychogénèse plus ou moins nette.

Mais la médecine psychosomatique ne saurait se limiter à ces affections mixtes ; en relèvent également des sujets sans symptomatologie mentale apparente, mais chez qui une recherche un peu fouillée va révéler l'existence de difficultés psychologiques, de conflits intimes généralement celés, mais qu'il s'agit de pressentir et de rapporter au trouble somatique.

R. BAYET pense donc que l'examen psychosomatique devrait être employé en pratique courante beaucoup plus fréquemment qu'il ne l'est actuellement.

Conditions d'examen.

Le malade est adressé à l'équipe psychosomatique par le généraliste, le spécialiste, le chirurgien ; seuls les sujets qui ont reconnu entre une souffrance morale vive et leur trouble organique viendront spontanément ; mais ils demandent à être traités pour leur maladie organique, en se retranchant derrière elle, en refoulant leurs conflits. C'est pourquoi les malades apparaissent a priori mentalement normaux, ou atteints de troubles mentaux mal définis. L'investigation psychosomatique a intérêt à être vivement menée, pour le patient, pour le spécialiste aussi.

Principes de l'examen.

Il faut se souvenir qu'il s'agit d'une exploration d'un secteur limité d'un individu, mais cette exploration doit être envisagée sous une perspective dynamique, aussi bien en ce qui concerne les phénomènes psychiques entre eux que leurs rapports avec l'oragnisme entier. C'est l'idée d'indissociabilité des éléments de l'ensemble psychosomatique qui doit présider à l'examen ; la conclusion ne peut se faire qu'après avoir pris connaissance du dossier entier, mais cependant l'investigateur doit pratiquer son examen en dehors de l'influence des résultats obtenus par le somaticien.

L'examen est régi par deux principes :

- un principe énergétique essentiel : car c'est la même énergie instinctuelle qui peut dériver vers des issues différentes, soit somatiques, soit névrotiques, soit encore caractérielles ;

- découlant de cette constatation, le deuxième principe règle l'observation et l'attitude du psychosomaticien : il utilise pendant l'examen et pour l'examen l'énergie venant du malade en excluant toute action extérieure susceptible de troubler les modalités habituelles d'expression. Au cours du colloque avec le médecin, on connaîtra les capacités quantitatives et qualitatives d'investissement du sujet avec autrui : par conséquent, la nature de ses relations effectives, et l'évolution de ces relations, d'après la vie du sujet, le facteur conflictuel déclenchant. L'intéressé a en effet recours à son système habituel de défense. D'un intérêt particulier sont les liens inconscients entre les différents symptômes organiques ou mentaux, et les productions verbales du malade.

Examen type.

L'initiative réelle de l'entretien doit être laissée au malade ; déjà son attitude, la séquence de ses propos, sont instructives. Le médecin n'interviendra que de façon nuancée au cours de la consultation, stimulations vagues, au moment optimal, permettant de faire associer le malade sur des pensées refoulées consciemment ou affleurant seulement sa conscience, questions ensuite, sur des événements plus profondément enfouis. C'est en somme l'anamnèse associative de DEUTSCH. Mais l'examinateur doit aussi savoir se taire, attendre

jusqu'à ce que son intervention apparaisse nécessaire pour que le malade poursuive. De nouveaux renseignements sont alors donnés par le malade sur ses troubles, mais bientôt il va, sans s'en rendre compte, mêler des données concernant sa vie émotionnelle et son état organique. Il établit spontanément le rapport entre ses symptômes somatiques, son affectivité et ses relations interpersonnelles. Des évocations concernant son entourage, les événements de sa vie, mènent aux trois points essentiels de l'anamnèse :

- le conflit récent,
- les conflits anciens et les réponses que le malade leur a apportés,
- l'évolution de la vie affective dans le temps.

La façon même dont l'information est donnée, l'attitude du sujet en face du médecin, vont permettre l'élaboration d'une représentation valable de l'ensemble psychosomatique étudié. A cette phase de l'examen le malade va mettre en corrélation permanente ses troubles organiques et sa vie émotionnelle. Il oscille inconsciemment entre les constituants de l'unité psychosomatique, fournit les indices susceptibles de faire connaître quand, comment et pourquoi les symptômes se sont développés, comment s'est produit leur intégration dans la structure de sa personnalité, dans ses relations sociales. L'investigateur a donc d'abord un rôle plutôt passif, les mots qu'il prononce sont ceux du malade, puis il guette le moment décisif pour introduire le mot stimulus, pour poser par la suite des questions sur un sujet non encore abordé et pourtant utile pour

expliquer les troubles. Il faut savoir que les mots stimuli comme les questions peuvent, s'ils ne viennent pas à leur place, arrêter le malade ou susciter des réponses masquant le contexte affectif. Avec adresse et habitude, l'investigateur va obtenir un riche matériel lui permettant la compréhension du psychodynamisme du malade.

Dynamisme de l'investigation.

Le malade aborde spontanément le noeud de ses problèmes en utilisant son système habituel de relation et de défense, selon diverses modalités, en fonction des craintes éprouvées devant le médecin. Un état virtuel d'angoisse provenant de ses propres associations ou du stimuli de son interlocuteur, va soit renforcer ses défenses et élaborer un système de protection interne, contrôle des paroles, voire silence complet ; soit utiliser son symptôme ; soit fuir dans un verbiage sans intérêt.

Parfois aussi le sujet recherche une protection externe auprès du médecin, en cherchant à s'exprimer comme il pense que celui-ci l'exige. Le moteur même de l'examen, c'est le désir du malade d'obtenir quelque chose du médecin, et jamais il ne faut lui donner l'impression qu'il est comblé d'avance. Il faut s'efforcer d'établir une situation modérément frustrante rendant possible un relâchement du contrôle du moi en face du médecin, ce qui est indispensable pour éviter une attitude réactionnelle faussant la représentation de ses modalités d'investissement énergétique. Obtenue, cette position en permanence périlleuse doit être maintenue pour que se poursuive le dialogue sans modification exogène de

la qualité de l'investissement.

Le malade peut avoir à être rassuré par des explications sur la nécessité de l'examen. Pour éviter le recours à une protection, le malade sera examiné loin de son lit ou de sa chambre, et sans la présence de tiers connus de lui. L'introduction d'objets nouveaux dans le colloque est à éviter formellement ; on n'écoutera pas d'explications pathogéniques prolongées, et pourtant on saura aussi inviter le malade à parler de lui.

L'examinateur toutefois empêchera le malade de tirer satisfaction de ses situations, et plus encore évitera de lui fournir des objets utilisables d'une façon identique. Deux praticiens différents exécuteront les deux séries d'examens, somatiques et psychodynamiques, afin que soient préservées les associations inconscientes sans fournir trop de possibilités d'investissements organiques. Si l'examinateur est unique, il pratiquera en premier l'examen psychodynamique (ce qui est difficile à réaliser si le malade vient pour la première fois consulter pour ses troubles).

Le choix des mots-stimuli est, d'après R. BAYET, un élément important de l'examen ; il faut savoir que des mots auxquels le malade n'est pas habitué peuvent à eux seuls l'entraîner hors du thème central de ses associations. Le choix doit donc être fait une fois que l'on s'est familiarisé avec le vocabulaire du sujet, compte tenu des significations multiples, conscientes et inconscientes, des

termes utilisés. En répétant ces mots, on propose au sujet une identification factice à son interlocuteur, ce qui l'aide à lutter contre le danger d'angoisse, l'encourage, lui permet de poursuivre les associations en facilitant la décharge émotionnelle.

Outre le choix du mot stimulus, des questions qui font suite, il y a le moment optimal de l'intervention. Car le mot stimulus prononcé prématurément, avant que le sujet ait ressenti une certaine protection, renforce les résistances, incite à la rétraction, bloque les associations, ou les fait bifurquer. L'examinateur doit donc tenir compte de ses propres réactions, analyser ses propres réactions.

Une forme de résistance du malade est l'oubli, et c'est par une phrase courte qu'on saura le lui signaler. Mais pour ne pas renforcer encore les résistances qui l'empêchent de s'exprimer, il faut tenir compte de la structure caractérielle du patient.

Les questions devront être bien formulées, ni vagues, ni trop précises.

L'examen doit donc à la fois respecter la spontanéité du malade, et le diriger au fur et à mesure de l'interrogatoire. Le psycho-somaticien doit connaître :

. l'historique de la vie du malade, et comment celui-ci a vécu et intégré ces événements entre eux et par rapport à sa personnalité entière ;

. le trouble somatique et ses liaisons affectives.

Mais chaque type de malade se présente à l'examen psychosomatique d'une manière pratiquement spécifique. Ce sera la qualité du contact patient-médecin, but premier de l'examen, qui fera pour une grande part découvrir le diagnostic. "Identifier ses rapports avec le médecin, c'est comprendre ses relations dans la vie en général" (R. BAYET). L'investigateur se rendra compte si le malade se présente comme un adulte, ou comme un enfant avec sa mère ; grâce à ce qui se vit pendant l'examen, et ce que le malade lui apprend de son passé, le médecin tentera de déterminer l'importance quantitative et qualitative de chaque point de fixation, il découvrira les références originelles de ce comportement, l'évolution de son affectivité, il appréciera l'investissement énergétique que représentent ce type de relations et ses dérivés : ainsi se dégagera le mécanisme par lequel les troubles somatiques se sont inscrits dans la personnalité du malade, ce qu'ils signifient, quelle est leur utilisation énergétique, quantitative et qualitative.

Consulté comme tout autre spécialiste, le psycho-somaticien apporte une appréciation qui oriente la poursuite de l'observation.

o

C'est généralement le psychiatre psychanalyste qui mène l'entretien auquel assistent Médecins Somaticiens et Médecins Psychiatres.

Lorsque le patient s'accommode mal de la "Technique du silence", on adopte l'entretien

dirigé. Bien que l'entretien prenne parfois un caractère de discussion de groupe, c'est en définitive un des médecins psychiatres, généralement qui oriente l'entretien et lui donne sa conclusion. A son décours, les problèmes sexuels sont abordés, mais on fait sentir au malade qu'il est libre d'y répondre, et en cas de réticence, on glisse sur un autre sujet. Le premier entretien souvent, n'épuise pas toutes les données, et chaque fois que le besoin s'en fera sentir, on organisera d'autres entretiens.

L'entretien, une fois le malade sorti, est suivi d'une discussion ; les médecins présents à l'entretien donnent chacun leur opinion ; cette discussion permet de préciser non seulement le comportement du malade vis-à-vis du médecin, mais également celui du médecin vis-à-vis du malade ; cet aspect présente un intérêt didactique pour tous les médecins présents.

De toutes façons, le malade est pris en charge par l'attaché de psychosomatique, qui s'occupe particulièrement des problèmes psychologiques ; l'équipe passe alors au second plan aux yeux du malade, tout en restant toujours disponible pour discuter, pour aider le médecin traitant.

Sélection des malades.

Elle a lieu lors du premier examen classique. Puisqu'il s'agit d'un Service de Médecine Générale les consultants sont adressés par le médecin traitant pour une affection somatique, ou parce qu'il a senti chez son patient un côté psychologique non négligeable dans la genèse de sa maladie.

Avant l'entretien psychosomatique, il y a eu un interrogatoire de type classique, fait généralement par l'externe du service, suivi d'un examen somatique complet. Ainsi évite-t-on la conclusion trop fréquente naguère et qui implique un sentiment d'impuissance : "c'est nerveux" pour désigner toute symptomatologie ne répondant pas aux schémas cliniques classiques. L'investigateur demandera : "Que peut-on faire pour vous ?" et à la réponse du malade "Je ne sais pas", ou encore "M'aider à en sortir" ; ce qui contraste pleinement avec les méthodes de la médecine classique.

Il faudra surtout conserver un juste milieu, ne pas omettre des examens complémentaires qui auraient donné la clef du diagnostic, sans passer par la psychosomatique, mais sans multiplier à l'excès les examens complémentaires pour tenter de trouver une cause organique à des troubles d'origine émotionnelle.

Bien conçu, l'entretien aura ainsi un triple intérêt :

- un intérêt diagnostique, puisqu'il permet dans la mesure du possible de discerner les perturbations émotionnelles et leurs rapports avec les troubles accusés par le malade. On établit ainsi une fiche psychobiographique (DELAY) qui sert de document de base ;

- un intérêt didactique pour les assistants : l'entretien est suivi, le malade étant sorti, d'un commentaire et d'une discussion ;

- un intérêt thérapeutique : certains malades qui ont ainsi pu, pour la première fois, parler de leurs problèmes, se sentent nettement améliorés après le premier entretien.

Déjà un certain nombre de services se sont attachés un psycho-somaticien à qui on adresse les malades qui semblent relever de cette nouvelle conception. Il paraît tout naturel de consulter le psychiatre comme on consulte l'urologue, ou le cardiologue, avec cette différence toutefois que le psychiatre n'est pas un consultant ordinaire. L'entretien psychosomatique a un retentissement émotionnel, et par le mécanisme du transfert, il se crée entre le malade et le médecin, des liens affectifs, positifs ou négatifs, nécessaires pour la bonne compréhension de la personnalité du sujet.

Ces liens particuliers ont parfois été ressentis par l'interniste qui traite le malade sur le plan somatique, comme une frustration se traduisant par une réaction de scepticisme vis-à-vis des facteurs psychologiques, des plaisanteries faites devant le malade, ou par le désir de trouver à tout prix des lésions organiques démentant ainsi les conceptions du psychiatre . On conçoit ce qu'une telle attitude peut avoir de préjudiciable pour l'évolution psychosomatique du malade. C'est au psychiatre qu'il incombe de désarmer ces préventions, en utilisant un langage non spécialisé, en ne se hasardant pas à des hypothèses psychogénétiques discutables, en se mêlant à la vie du service. Ainsi se crée une atmosphère de compréhension mutuelle permettant à tous d'envisager la maladie dans sa totalité, comme une combinaison d'éléments organiques ou psychologiques.

La médecine psychosomatique est handicapée, dans ses applications, par le manque de temps,

l'entretien est beaucoup plus long qu'un examen somatique : une heure ; il devra être renouvelé, et en s'occupant de façon suivie des malades déjà vus, le psychiatre manquera de temps pour examiner des sujets nouveaux. C'est là un problème presque insoluble actuellement, qui représente l'objection principale à l'introduction de méthodes psychosomatiques en médecine courante. Mais par ailleurs, on peut calculer le temps passé à tous les examens cliniques et paracliniques auxquels on soumet un malade souvent pour un résultat positif bien modeste. Les examens cliniques sont d'autant plus nombreux que le malade présente des signes fonctionnels plus vagues et relève donc avec plus de vraisemblance de la médecine psychosomatique. Ceci n'enlève rien à l'importance des examens en médecine psychosomatique, car rien ne serait plus dangereux qu'une attitude psychogénétique systématique. Mais l'inverse est également vrai et trouver à tout prix une cause organique à des troubles d'origine émotionnelle barre souvent la route à la guérison.

METHODES DE TRAITEMENT

-:-

L'approche psychosomatique est plus ce que l'on a appelé "l'art des bonnes paroles" réconfortantes, ou que l'art médical, plus aussi qu'une simple influence de suggestion de la personnalité du médecin sur son malade, en lui inspirant confiance et en lui procurant la sécurité.

La médecine psychosomatique, dans sa partie thérapeutique, est basée sur la connaissance spéciale de facteurs affectifs, agissant dans chaque cas spécifiquement, et aussi sur la connaissance des mécanismes physiologiques par lesquels les facteurs affectifs interviennent dans le processus de la maladie (ALEXANDER).

Il reste néanmoins bien entendu que la connaissance des facteurs émotionnels, si importante soit-elle, ne doit jamais supplanter, ni faire oublier, la composante somatique, dont le traitement doit être mené de pair avec la psychothérapie.

Méthodes de traitements psychosomatiques.

Dans le Service où nous avons réalisé cette étude, il existe un effort constant pour ne

pas dissocier la composante psychique de la composante somatique. L'organisation reflète bien l'esprit d'équipe et l'harmonie qui existe entre somaticiens et psychiatres.

Outre le chef de service interniste de spécialisation neurologique et un médecin des hôpitaux psychiatriques, psychanalyste, qui avec l'aide d'un attaché de psychosomatique et d'une psychothérapeute s'occupe particulièrement des problèmes psychologiques :

- deux assistants de médecine générale ;
- deux internes, une assistante sociale
- et six externes

complètent l'équipe.

Il existe un certain équilibre entre psychiatres et somaticiens, le côté psychiatrique est bien accepté par tous et complétement intégré dans la vie quotidienne du service.

Enfin l'équipe d'infirmières, qui établit des relations souvent fort intéressantes avec les malades et apporte par là un appoint de valeur à l'équipe soignante.

Une collaboration étroite lie les membres de l'équipe.

Il est certain que chaque membre de cette équipe tente de dépasser la conception de l'organe malade pour appréhender le problème maladie-malade dans son ensemble.

L'attitude thérapeutique, tout en restant classique en s'efforçant d'exercer un traitement direct de la lésion, s'emploie, par une

investigation minutieuse, à préciser la responsabilité d'un élément psychique dans le déterminisme des troubles viscéraux observés ; les données du bilan psychosomatique permettent de tirer des déductions thérapeutiques, appropriées à chaque cas.

Des tests psychologiques complètent utilement l'approche diagnostique, en utilisant soit des tests de niveau mental, soit des tests projectifs donnant d'importants renseignements sur les tendances profondes de la personnalité : RORSCHARCH, T.A.T. .

Ainsi, après l'entretien qui reste la base de l'inventaire clinique et qui entre pour une bonne partie dans l'attitude psychothérapique, on aura une vue assez précise sur :

1. les corrélations psychosomatiques ;
2. le niveau mental, facteur important pour le traitement ;
3. le profil psychonévrotique du sujet.

Cependant tous les malades présentant des troubles psychosomatiques ne sont pas systématiquement pris en charge : c'est ainsi que les psychotiques sont le plus souvent dirigés vers des services spécialisés ; que les névroses profondes sont orientés vers une psychanalyse. D'autres malades n'entrant pas dans cette catégorie ne peuvent bénéficier de la poursuite des entretiens : par exemple, les comitiaux et les alcooliques, les malades présentant une situation conflictuelle simple, ce qui est fréquemment le cas en médecine psychosomatique : déjà le simple entretien leur apporte un effet

libératoire grâce à la prise de conscience et à l'abréaction des émotions qui peuvent en résulter.

Ce premier résultat est consolidé selon les besoins par d'autres entretiens, et sera prolongé par une psychothérapie d'entretien, à la demande. Les facteurs traumatisants d'origine socio-familiale sont éliminés chaque fois que possible : changement des conditions de travail, éloignement du milieu familial ; ou si l'élimination des facteurs d'agression est impossible, on tentera par une psychothérapie soit suggestive, soit directive, selon les cas, de minimiser l'importance que l'on accorde au malade, de dédramatiser la situation.

Quant aux situations complexes, elles sont confiées au psychiatre, qui recourt à une psychothérapie d'inspiration psychanalytique

L'organisme réagit au monde extérieur en fonction de sa structure intime, de son histoire personnelle. La psychothérapie essaye de remplacer la situation traumatisante (milieu extérieur en l'occurence) par un autre milieu artificiel, neutre et bienveillant, qui sera représenté essentiellement par la personnalité du psychothérapeute.

Les fonctions mentales se trouvent ainsi soulagées des contraintes extérieures, de ce fait la représentation du monde extérieur peut être modelée en fonction des tendances de l'organisme. Ce modelage se traduit par une détente qui ramène les fonctions mentales à leur niveau le moins différencié.

La cure-type a été prônée par les Américains. Elle assure un contact entre le thérapeute et le patient selon certaines règles strictes : régularité des séances ; position allongée du malade, le thérapeute se tenant derrière lui ; aucune relation avec son entourage, aucun contact physique entre le patient et le thérapeute. Mais on conçoit que cette méthode soit inapplicable dans un service de médecine générale : d'abord par manque de psychanalystes, ensuite parce qu'il s'agit d'un procédé d'investigation très lent, très coûteux. Enfin la nature même de la cure-type a été discutée par certains auteurs français qui la jugent nocive dans le cadre de la maladie psychosomatique. Faut-il rappeler ici que FREUD se méfiait des névroses accompagnées de manifestations somatiques ?

La psychothérapie d'inspiration psychanalytique a pour but de libérer, par des procédés psychologiques, les tensions émotionnelles présumées responsables des perturbations psychonévrotiques dues, elles-mêmes, à des situations conflictuelles refoulées dans l'inconscient.

Or l'on sait d'après les enseignements freudiens, que l'émergence des situations conflictuelles au niveau conscient a une action curative.

La psychothérapie d'inspiration psychanalytique diffère de la cure-type, décrite plus haut, et par sa technique d'approche, et par son but ; on se souvient que dans la cure-type le contact entre le thérapeute et le patient obéit à certaines règles strictes, régularité des séances, position allongée du malade derrière qui le thérapeute est assis, absence de relation avec

l'entourage : le but poursuivi par une analyse est une refonte de la personnalité.

Dans la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, les lois primordiales à observer sont les suivantes : (R. HELD)

- flexibilité
- souplesse
- espacement des séances
- nécessité d'un minimum de forces du moi du patient
- utilisation obligatoire du transfert.

Le principal moteur de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique paraît être l'identification du patient à son thérapeute ; celui-ci étant revêtu d'une image parentale bienveillante et sécurisante.

Les indications de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique se trouvent chez tous les sujets ayant un moi faible :

- dans les névroses légères,
- dans certaines névroses de caractère,
- chez les sujets trop âgés, l'âge limite étant la quarantaine.

La psychothérapie d'inspiration psychanalytique est une méthode de traitement souple : l'espacement des séances est variable, le sujet reste libre à l'intérieur de la relation malade-médecin, et peut interrompre le traitement lorsqu'il se déclare "bien comme il était" (R. HELD). Les modalités du transfert doivent être ici stimulées par l'intervention active du psychanalyste.

Contrairement à la cure-type, le but poursuivi n'est pas une ré-évaluation complète de la personnalité du sujet, mais une atténuation, ou une réduction d'un symptôme pathologique dominant, sans chercher à atteindre une transformation profonde.

La méthode enfin est indiquée lorsqu'il s'agit d'un malade qui réclame une aide immédiate.

Une autre méthode appliquée dans le service est basée sur la relaxation.

Au niveau de la musculature striée, les émotions, les attitudes agissent en trahissant la pensée. La sensibilité et le mouvement constituent le monde de l'esprit dans la mesure où cette sensibilité correspond à l'ensemble de ce que l'organisme éprouve de sa relation avec lui-même et le monde qui l'entoure (SIVADON). L'émotion, elle, se traduit essentiellement par des contractions musculaires (WALLON): ce qui s'extériorisera par des accès de rire, ou de sanglots, des mouvements rythmés du pied, du mâchonnement. Mais si l'extériorisation est inhibée, il se produira des réactions motrices au niveau du tractus intestinal, du coeur, de la vessie, etc. L'émotif est incapable de canaliser utilement sa tension nerveuse.

L'hypertension essentielle correspondrait, selon ALEXANDER, à une colère qui ne pourrait s'exprimer, à une bataille à laquelle on s'est préparé, et qui n'aurait jamais lieu. La mise en tension due à l'aggressivité ne peut se résoudre dans l'action, du fait des inhibi-

tions morales, ou sociales, et elle se maintient inconsciente, au niveau du système vasculaire.

Technique.

A côté des méthodes analytiques à point de départ physiologique (JACOBSON), de la méthode des mouvements passifs de WINTREBERT et surtout L. MICHAUX, des méthodes physiothérapiques (Gerda ALEXANDER), il existe des méthodes globales à point de départ psychothérapiques, caractérisées essentiellement par une conception globale de la personnalité humaine. Elles considèrent la décontraction musculaire et viscérale comme un moyen, comme un point d'appui visant à obtenir un relâchement psychologique, une détente mentale à leur tour bénéfiques pour l'état somatique. Le contrôle objectif des effets de la relaxation a été obtenu par l'étude de l'activité neurosécrétrice des cellules ganglionnaires de la zone hypothalamique, les excitations du système nerveux central étant transmises par voie chimique au système endocrinien, d'où retentissement thérapeutique sur les différents systèmes d'organes. Par radioscopie, on a pu constater au cours de la relaxation, et très rapidement, une décontraction intestinale immédiate, une diminution de la réactivité du système neuro-végétatif aux stimuli externes. La relaxation enfin exprime ses effets au niveau du cortex, comme le prouvent les modifications du tracé électro-encéphalographique.

Le training autogène de SCHULTZ aborde directement le corps par l'information verbale, au moyen de consignes. Les exercices se font en position couchée, ou assise, dans une am-

Ambiance paisible, yeux fermés au début. On recherche d'abord une relaxation fragmentaire portant successivement sur la musculature des membres, sur le système vasculaire périphérique, sur le coeur, la respiration, les organes abdominaux, la tête. Le premier exercice se concentre mentalement sur les formules :

- je suis tout à fait calme

- mon bras droit (ou gauche chez les gauchers) est tout à fait lourd. En quelques jours, après deux ou trois séances par jour d'une minute, pendant une quinzaine de jours, la sensation de pesanteur est enregistrée. A la fin de chaque séance, une reprise soigneusement exécutée ramène l'organisme à son état de tension normal.

Ce processus de rupture conduit à actualiser indéfiniment les polarités existentielles fondamentales : relaxation - tension, ce jeu alternant étant de première importance : l'apprentissage du tonus est une part de notre apprentissage de la réalité (AJURIAGUERRA).

Quand après 10-15 jours d'entraînement, un simple acte de concentration détermine une décontraction musculaire des bras et des jambes, on passe à la décontraction vasculaire du bras droit par la formule : "Mon bras droit est tout à fait chaud". Cette sensation de chaleur se développe progressivement, objectivée par une élévation thermique mesurable (plus d'un degré centigrade à la peau). Elle se généralisera aux quatre membres.

Le troisième exercice fait découvrir le coeur et son fonctionnement ; le quatrième a

pour objet la respiration. Le cycle se termine par l'installation de la chaleur dans la région épigastrique, et par le rafraîchissement du front (5ème et 6ème exercices). Chaque exercice demande au moins deux semaines pour être maîtrisé.

Le cycle supérieur du training se rapproche des techniques de psychothérapie profonde, maniées par des médecins psychanalystes.

o

Aux méthodes thérapeutiques, somatiques, psychanalytiques de relaxation, s'ajoute depuis ces dernières années une dimension sociale. Il apparaît important de percevoir les interactions malade-milieu dans l'évolution des troubles afin d'aboutir à une meilleure réinsertion sociale du malade en agissant non seulement sur le malade mais aussi sur le milieu en tentant de le modifier.

Dans cette perspective, le thérapeute s'adresse à la compétence d'assistantes sociales qui évaluent la situation par des méthodes d'approche du malade spécifique en faisant appel à sa participation lui permettant d'apprécier quelles seront les possibilités d'évolution du malade.

De par ses fonctions, l'assistance sociale est un élément important de liaison entre l'équipe soignante, le malade et les différents milieux inter-agissant.

Le rôle de l'assistante sociale est aussi de

dédramatiser les situations angoissantes pour le malade, telle la séparation du milieu. Elle établit la liaison entre le malade et l'extérieur.

Il est encore à préciser que l'efficacité de l'assistante sociale ne peut se concevoir que si elle fait partie d'une équipe où les rôles de chacun sont définis et où chacun connaît les disciplines des autres membres.

o

Dans le cadre de cette étude, nous ne pouvons passer sous silence un problème primordial, celui de la formation psychosomatique. Il est évident que la réalité de la demande n'est mise en doute par personne. Il existe cependant certains praticiens qui résistent à cette demande car leur formation ne les y a point préparés. Devant un cas psychosomatique ils adoptent des attitudes souvent négatives en se retranchant derrière le mot mystérieux "c'est nerveux", renvoyant ainsi dos à dos malade et maladie. D'autres au contraire multiplient indéfiniment les examens complémentaires dont les résultats sont souvent décevants pour le malade et le médecin. Certains s'émeuvent des heures de travail perdues, des cures de repos et de convalescence injustifiées, des réhospitalisations en série, des opérations chirurgicales répétées, des explications traumatisantes et enfin des médications inopportunes souvent coûteuses.

La demande est donc réelle du côté des patients ; elle l'est également de la part des

étudiants et des jeunes praticiens aux prises avec "les problèmes patients". Le problème de la formation du psychiatre qui rejoint celui du psychosomaticien est un problème d'actualité comme en attestent les rapports présentés aux journées psychiatriques (Paris, 19 - 20 juin 1965) sans vouloir reprendre tous les problèmes et les solutions qui ont été envisagés concernant les études de Neuro-Psychiatrie et qui dépasseraient de loin le cadre de notre étude.

Nous pensons qu'une information en cours d'étude s'adressant à tous les futurs praticiens est souhaitable. Elle permettrait aux étudiants, par des cours théoriques (psychologiques et psychiatriques) et des stages, de se familiariser avec la pratique de la médecine psychosomatique et d'apprendre par "l'exemple"

A un autre niveau se pose le problème de la formation qui ne peut être réalisable que par une pratique hospitalière.

Citons les expériences des :

- Service de KOURILSKY à l'Hôpital Saint-Antoine avec GENDROT et RAIMBAULT ;
- Service H.P. KLOTZ à l'Hôpital Bichat ;
- Service ABOULKER à Cochin avec CHERTOK ;
- Service BOUTTIER à l'Hôpital Paul Brousse avec GACHKEL.

Il existe aussi une autre façon de parvenir

à une meilleure formation des praticiens, celle des groupes BALINT.

A un niveau plus élevé se pose le problème de la formation de spécialistes, psychosomaticiens, qui devront être psychanalystes, avoir une formation théorique approfondie et être intégrés au fonctionnement du service, donc de connaître la spécialité qui y est pratiquée.

-:-

APPLICATIONS
A LA GASTRO-ENTEROLOGIE

-:-

Toute maladie, qu'elle soit physique ou mentale, représente un échec de l'organisme dans son effort pour préserver son intégrité face aux exigences du milieu extérieur (P. SIVADON).

Le point de rupture se fait au niveau des fonctions les plus fragiles, ce peut être au niveau mental, au niveau circulatoire, respiratoire, endocrinien ou digestif.

En médecine psychosomatique, les fonctions digestives semblent particulièrement liées aux facteurs émotionnels. Déjà, l'alimentation correspond aux premiers échanges entre l'enfant et le monde, représenté par le sein de la mère. Par la suite, la technique alimentaire paraît servir de modèle aux principaux mécanismes de l'esprit : introjection, déjection, assimilation.

ALEXANDER pense que les troubles fonctionnels du tractus gastro-intestinal correspondent souvent à une frustration du besoin de dépendance corrélatif à l'alimentation par la mère. MARTY, lui, admet qu'il s'agirait d'un conflit entre le besoin de dépendance et celui d'indépendan-

ce. Il est bien vrai que chez l'ulcéreux, on rencontre souvent un déséquilibre entre ses responsabilités et une personnalité faible, un manque d'autorité. Le gastrectomisé, lui, inverse son attitude et accepte la dépendance.

La colite muco-membraneuse se rencontrerait fréquemment chez les allergiques.

Quant à la rectocolite hémorragique, d'étiopathogénie imprécise, elle a été considérée comme un équivalent à la mélancolie. Cela du fait de l'intégration des interdits, de la structuration très différenciée des fonctions mentales, l'atteinte psychique se trouve refoulée au niveau des fonctions végétatives les plus fragiles, provoque des troubles fonctionnels aboutissant à la longue à des lésions organiques.

Les troubles psychosomatiques ne sont pas psychiatriques, les fonctions mentales n'étant pas en cause : ce sont des troubles physiques dont l'étiologie relève de facteurs émotionnels.

o

Les phénomènes psychosomatiques peuvent être par conséquent :

- les conséquences de l'utilisation d'une fonction aux fins d'expression d'une pulsion instinctuelle refoulée :

- des équivalents d'affects ;

- des perturbations biochimiques accompagnant

les états de blocage et d'insatisfaction ;

les conséquences physiques des attitudes inconscientes ;

des dysfonctions hormonales et végétatives.

Ces diverses modalités se combinent en matière d'affections du tube digestif à son étage supérieur : oesophage et cardia, qui connaissent des manifestations de spasmes, région gastro-duodénale : ulcère, gastrite.

Les spasmes du haut de l'oesophage, ce qu'on a appelé la boule hystérique, sont très accessibles à la psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

Dans le cardiospasme, le problème est plus délicat que dans les névroses oesophagiennes. Toutefois le cardiospasme a été considéré dès 1927 par R. SCHINDLER comme d'origine psychogénétique et accessible dans ses premiers stades à la psychothérapie. Depuis, les résultats de la cure psychanalytique, théoriquement bons, restent limités.

Ulcère gastro-duodénal.

Déjà sur le plan expérimental, nous l'avons vu, les interrelations entre l'activité gastrique et les processus psychiques ont été démontrées.

Selon F. ALEXANDER, l'ulcéreux, dans les cas les plus purs, se montre superficiellement comme agressif, ambitieux, revendiquant indépendance et liberté, assumant toujours plus de

responsabilités sans y trouver de soulagement. Pour cet auteur, en fait, il n'existe pas de type de personnalité caractéristique chez l'ulcéreux, mais une situation conflictuelle, dont le facteur essentiel est la frustration des désirs de dépendance, d'affection, de soutien. Chez l'ulcéreux, pour ALEXANDER, il y a donc un stimulus spécifique : la frustration de besoins réceptifs oraux ; un schème psychodynamique ; une expression régressive des besoins de soutien et d'affection, sous forme de désirs oraux réceptifs, qui stimulent l'activité vagale et provoquent une hypersécrétion acide. Cette conception est partagée par la plupart des auteurs américains.

Pour G.F. MAHL par contre, l'attitude est antispécifiste : excitation vagale - hypersécrétion - ulcère, cette chaîne pathogénétique étant reliée à l'anxiété chronique, dont l'origine est variable selon les cas.

GARMA fonde sa théorie sur la constitution très tôt dans l'enfance de représentations de mauvaise mère, avec régression orale digestive de la vie instinctuelle et régression du surmoi devenu agressif et sadique : l'ulcère gastro-duodénal est purement psychogénétique et relève du traitement psychanalytique.

MARTY et FAIN partent des travaux de F. ALEXANDER mais restent prudents sur la conception de la genèse de l'ulcère et des relations entre les mécanismes somatiques et la névrose caractérielle.

Pour M. de M'UZAN enfin, les conceptions classiques n'englobent pas tous les cas d'ul-

cères observés en pratique hospitalière. Partant de cinq rubriques : relation du malade avec le psychosomaticien, manifestations psychonévrotiques, adaptation sociale, adaptation familiale, attitude face aux tendances réceptives de ALEXANDER, M'UZAN distingue quatre types d'ulcéreux :

- Le type I, hyperactif, proche des conceptions de ALEXANDER ; il comporte dans la relation avec le psychosomaticien, des manifestations d'indépendance et de rivalité, des manifestations psychonévrotiques de type compulsif, une attitude pseudo-compréhensive ou de révolte, un comportement hyper-compétitif sur le plan social, un rejet des tendances réceptives et une vie familiale souvent partiellement désunie ;

- Le type II, compensé, comporte des oscillations entre manifestations d'indépendance et manifestations de dépendance ; des manifestations psychonévrotiques peu importantes, de type compulsif et anxieux ; une bonne adaptation sociale et familiale, mais des tendances réceptives rejetées dans un domaine, par exemple professionnel, assouvies dans un autre domaine, par exemple familial (50 %) ;

- Le type III, alternant, comporte des oscillations entre manifestations oppositionnelles, ou même agressives, et dépendance ; des traits psychonévrotiques variés, importants (on trouve ici une fréquence particulière d'éthyliques) ; une grande instabilité professionnelle, une carence de la vie familiale, des tendances réceptives alternativement acceptées et rejetées ; (10 %)

- Le type IV, dépendant, comporte des mani-

festations importantes de dépendance, des troubles psychonévrotiques de type anxieux et dépressif, une désadaptation sociale, une dislocation ou même une absence de vie familiale, des tendances réceptives exprimées, mais frustrées par le monde extérieur (20 %).

Ces types ont une signification sur le plan du pronostic fonctionnel et socio-familial. L'ulcéreux du type II équilibré a souvent dépassé la cinquantaine, l'évolution remonte à plus de 5 ans, l'ulcère est plus souvent duodénal que gastrique. Son pronostic fonctionnel est le meilleur des quatre types, et l'indication opératoire est plus rarement portée.

Le type IV, passif, comporte un mauvais pronostic, il s'agit d'un homme de 30-50 ans chez qui l'ulcère, le plus souvent duodénal, évolue depuis plus de cinq ans. A chaque poussée, il démissionne davantage. Déçu par le traitement, ce type de malade risque l'installation définitive du trouble fonctionnel et le traitement opératoire.

Le type I, hyperactif, généralement un homme de moins de 30 ans, porteur d'un ulcère de plus d'un an, mais parfois de cinq ans, résiste plus ou moins longtemps aux conflits, pour finalement "craquer". Le traitement médical est mal suivi ; pour l'avenir de ce type, on trouve une grande tension liée à une instabilité à longue échéance, et finalement le sujet peut basculer vers le type IV.

Le type III, caractérisé par l'instabilité, concerne souvent des sujets de moins de 30 ans, avec un ulcère évoluant depuis moins d'un an.

Le traitement médical est mal suivi, le pronostic fonctionnel est mauvais à longue échéance.

o

La colite.

On a cherché à préciser le profil psychosomatique des colitiques. Dans les formes graves, le comportement des colitiques présente sept traits marquants :

- un besoin de se faire approuver et valoir ;

- donc une absence de rencontre vraie entre deux personnes, un équilibre entre l'action de donner et l'action de recevoir manque, de même que la reconnaissance naturelle et l'art de donner ;

- pourtant une aptitude à rendre de petits services ;

- une attitude de "père de famille", chez ces malades aimables en apparence mais n'étant pas aimés ;

- le traumatisme spécifique est donc la perte de prestige, souvent suivie d'accidents hémorragiques ;

- une tendance à s'occuper des autres plutôt que de ses propres problèmes auxquels le thérapeute doit les ramener ;

- une tendance à soulever des problèmes de classe sociale.

Sur le plan du psychodiagnostic, HOUBEN et

ENKE ont trouvé chez leurs colitiques :

- des dons intellectuels remarquables (KRASNER et KORNREICH) ;
- une vive agressivité ;
- une orientation orale-réceptive, un narcissisme foncier ;
- une absence d'anxiété, une confiance en soi.

La recto-colite hémorragique.

Un traumatisme psychique peut être trouvé peu de temps avant le début ou lors d'une nouvelle poussée.

En ce qui concerne la personnalité de ces malades, on trouve des sujets raffinés, obsédés de propreté, d'ordre, de haute moralité, mais hypersensibles, vulnérables aux traumatismes psychiques, susceptibles, ombrageux, méfiant vis-à-vis du comportement des autres à leur égard ; on trouve souvent chez eux un complexe d'infériorité, un besoin obsédant de sécurité, de protection, de dépendance vis-à-vis d'un autre, père, mère, ou tout individu qui le leur rappelle.

La constipation fonctionnelle.

L'observation, l'expérimentation montrent le rôle des perturbations fonctionnelles nerveuses non spécifiques dans son étiopathogénie. Il est ainsi possible de déclencher des selles conditionnées en utilisant des stimuli divers, depuis 10 centigrammes de caféine, jusqu'à l'absorption d'un verre d'eau froide à jeun (déclenchement du réflexe gastro-colique), et au

suppositoire de glycérine, excitant de la muqueuse anale réalisant un stimulus absolu. Il est possible de provoquer l'exonération conditionnée en provoquant parallèlement un autre réflexe, par exemple des mouvements oculaires par nystagmus optocinétique.

Le colon irritable.

Colite muqueuse et spasmodique purement fonctionnelle. DURET et COSYNS-DURET sur une série de 51 malades, établissent que ces troubles névrotiques nets sont constants. Les colitiques hommes sont des déprimés, anxieux, hypocondriaques, psychasthéniques. Les femmes atteintes de colite spasmodique sont des névrosées hystériques, paranoïdes et actives ; celles qui présentent une colite muqueuse sont plus souvent des hystériques déprimées, phobiques et passives. Ces données psychopathologiques permettent de prévoir un traitement fondé sur :

- le contact médecin-malade ; étant donné le caractère difficile et revendicateur des malades, leur intolérance aux médicaments ; une fois calmées l'anxiété et la nervosité, une certaine amélioration locale sera obtenue ;

- les médications sédatives et antispasmodiques sont un adjuvant indispensable, surtout lors des crises aiguës ;

- l'étude psychologique permet une psychothérapie adaptée à chaque cas.

o

Dans la corrélation psychosomatique-gastro-entérologique, le facteur neurovégétatif d'une part, des phénomènes musculaires à prédominance spasmodique d'autre part, aggravés par les facteurs psychologiques, il est justifié de faire intervenir auprès de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique des médicaments sédatifs, des antispasmodiques, association qui permet d'obtenir une précieuse potentialisation ; les phénomènes spastiques répondent bien en effet à l'action centrale d'un tranquillisant et à l'action viscérale d'un vagolytique.

-:-

VII - OBSERVATIONS

-:-

Observation n°I - Dysphagie douloureuse

Madame P..., 39 ans, employée de bureau est adressée au service par un médecin généraliste pour intolérance alimentaire complète.

A son entrée Madame P... ne peut rien manger, tous les aliments liquides et solides sont rejetés immédiatement à la suite de vomissements.

L'examen somatique est normal. Quelques entretiens avec Madame P... font connaître les éléments essentiels de sa biographie et le début de troubles dysphagiques.

Madame P... était la dernière d'une famille de 4 enfants. Les parents étaient cultivateurs. Elle fait des études jusqu'au C.E.P. puis travaille aux champs. La famille était unie. Madame P... continue à voir ses frères et soeurs ainsi que sa mère, son père étant décédé à l'âge de 61 ans d'une maladie de coeur.

Madame P... s'est mariée à 21 ans avec un ouvrier de la construction qu'elle a rencontré à la campagne. Après le mariage ils s'installent en ville ; le mari ayant trouvé un emploi à la police. Madame P... a deux enfants. Dès le début de son mariage le mari est monté en grade (Brigadier).

Madame P... était sans profession, a pris depuis deux ans un emploi de bureau dont elle est satisfaite. Sa maladie a débuté par des spasmes il y a 3 ans : "On aurait dit qu'on

me tordait l'oesophage comme une lavette". Ces spasmes étaient douloureux, cédaient après la prise d'une gorgée d'eau, et survenaient d'une façon très irrégulière.

Madame P... a consulté plusieurs médecins, essayé différents médicaments, après une légère amélioration les troubles reprenaient avec une certaine accentuation.

Depuis un mois Madame P... vomit ses repas, présente une intolérance aux solides puis aux liquides ainsi qu'une sialorrhée.

Les examens radiologiques sont négatifs, on conclut alors à un spasme du cardia.

Ainsi le problème de l'origine de cette intolérance digestive fut discuté par l'équipe du service.

- Existe-t-il une organicité ?
- Des facteurs psychologiques sont-ils en cause ?

Divers examens furent entrepris afin de répondre à ces questions.

D'abord quelques entretiens apprirent que dès le début des troubles Madame P .. a pensé que c'était nerveux.

"Je suis une grande nerveuse intérieure".

Par ailleurs Madame P... se dit sans soucis, ne voit pas ce qui peut expliquer sa nervosité. Parallèlement aux entretiens des examens complémentaires furent entrepris notamment un examen radio cinématographique de l'oesophage qui montra :

- Stase oesophagienne
- Cardio-spasme réagissant très faiblement au nitrite d'Amyle.

L'état général de la malade allant en s'aggravant, amaigrissement (1 kg en moins d'une semaine) tachycardie persistante, clochers thermiques à 38°. L'équipe médicale d'un commun accord décide d'entreprendre d'autres investigations somatiques, notamment l'étude du fonctionnement thyroïdien.

I°- Test à l'iode est sub-normal

2°- Un examen après ingestion de Trithyrone confirme l'absence totale de freination donc plaide en faveur de l'hyperthyroïdie.

Un traitement à l'iode amena rapidement une amélioration. La malade quitte le service avec un traitement médicamenteux de LIBRIUM, BINOCTAL, IMMETROPAN et est suivie régulièrement en soutien psychothérapique. C'est au cours de ces entretiens qu'on apprend qu'elle a présenté une grande crise lors d'une visite chez ses parents, qu'elle dort mal, qu'elle tousse souvent la nuit ce qui énerve le mari. En ce qui concerne sa vie sexuelle elle n'a pratiquement plus de rapports avec son mari.

Les comptes-rendus des consultations qui suivirent montrent des symptômes "alternant" au cours des semaines, ce sont soient :

- les insomnies et toux nocturnes qui dominent le tableau
- diarrhée, vertiges, palpitations

puis une amélioration nette s'est dessinée. La toux nocturne a disparu, Madame P... dort avec son mari et assume tous les travaux ménagers. Madame P... se sent bien, a bon appétit bien qu'une légère dysphagie persiste.

L'examen psychologique révèle (Weschler-Rorschach) :

- Impulsivité violente mal acceptée et mal refoulée
- Agressivité
- Contact affectif très superficiel
- Infantilisation des thèmes
- Refus inconscient du rôle féminin
- De plus le T.A.T. développe l'idée que l'homme est quelqu'un à surveiller de près à qui on ne peut ni faire confiance, et sur qui on ne peut pas s'appuyer.
- Culpabilité importante sur le plan sexuel
- Manifestations hystériques.

L'observation de Madame P... souligne les différentes étapes qui conduisirent au diagnostic d'hystérie de conversion, d'hyperthyroïdie par absence de freination hypophysaire.

La réussite thérapeutique fut le fruit d'une collaboration étroite entre médecins généralistes et médecins psychiatres.

Ce cas d'hystérie de conversion peut être conçu dans le cadre de la M.P.S. comme une réaction inconsciente, ou traumatisme émotionnel d'un organisme peu différencié au niveau des fonctions sensori-motrices habituellement consciente.

-:-

Observation n° II concernant Monsieur L...

32 ans, ouvrier fondeur, qui entre pour la première fois dans le service pour un syndrome douloureux de type ulcéreux aggravé par une hématémèse de moyenne abondance.

Une radio d'estomac met en évidence une déformation très modérée du bulbe avec saillie au niveau de la petite courbure sans signe évolutif. Dès ce stade se pose le problème d'une gastrectomie. Le chirurgien consulté donne un avis favorable. L'acte opératoire est cependant repoussé compte tenu :

de l'âge du sujet qui n'a que 32 ans
de la tuberculose pulmonaire qu'il a contractée à l'âge de 12 ans
de son état psychologique défavorable : il est hyperémotif et doit faire face à de gros soucis familiaux et pécuniaires.

Nous instituons un traitement médical à base d'Oxyfériscorbine et d'Atropine associés à un neuro-sédatif.

Les troubles régressent et, le malade quitte le service et reprend son travail.

Il revient un mois plus tard, présentant les mêmes troubles gastriques. Malgré la poursuite du traitement, les manifestations douloureuses sont devenues de plus en plus fréquentes. Le malade se plaint en plus d'une sensation douloureuse épigastrique permanente. Il vomit ses repas, les hémorragies reprennent, son amaigrissement est constant.

Cette seconde hospitalisation oblige le malade à cesser son activité professionnelle et fait ressurgir ses problèmes financiers et familiaux. Nous posons à nouveau le problème de l'intervention chirurgicale mais les mêmes raisons que celles citées plus hau nous amènent à la repousser. Le traitement médical est poursuivi. Dans le service, nous constatons une nette amélioration avec reprise de poids : un kilog par semaine. Nous pensons que l'éloignement du milieu familial a été particulièrement favorable. Il nous paraît moins anxieux, alors qu'à son entrée l'anxiété était au premier plan. Nous décidons de convier le malade à l'entretien du samedi. Il aborde d'emblée les points de mésentente conjugale. Il reproche à sa femme de ne pas assez s'occuper de lui ni de ses enfants. Il adresse les mêmes reproches à l'égard de sa mère adoptive qui l'aurait légalement adopté alors qu'il avait 15 ans avec son accord, à l'insue de sa mère naturelle qui l'avait confié à cette nourrice à l'âge de 4 mois. Sa mère lui rendait régulièrement visite jusqu'à cet âge où la nourrice s'est arrangée pour dérober l'enfant à dsa mère et l'adopter. La nourrice se montre très autoritaire et très exigeante. Elle souhaitait qu'il devienne prêtre. Elle le fait entrer dans un séminaire d'où il s'enfuit Il entre alors à l'école professionnelle et devient fondeur. Par ailleurs elle a tout fait pour préserver la fragile santé de son fils adoptif. Elle n'hésita pas à le faire hospitaliser ni à consulter plusieurs médecins lors des diverses maladies qu'il présenta au cour de son enfance : tuberculose pulmonaire, méningite, pneumonie. Suite à plusieurs crises de colère qu'il avait faites, Monsieur L... est admis à la Salpêtrière, ensuite à Sainte Anne pour suspiscion de tumeur cérébrale.

Monsieur L... fait son service militaire, tout se passe bien. A son retour il se marie avec une femme qu'il a connue avant son départ Il la retrouve enceinte "un accident malheureux" dit-il mais il n'est pas le père; de cette union naissent deux autres enfants. La situation financière de la famille dejà bien compromise s'aggrave, Monsieur L... étant seul à assumer les charges familiales ; la femme, fille de parents divorces, etait affectivement fragilisée. Déçue par un mari qui se montre incapable de lui apporter la sécurité tant sur plan familial que professionnel. Leur vie sexuelle est elle aussi un échec.

Examen Psychologique (RORSCHACH)

- supporte mal la situation du test qu'il refuse en se bloquant
- Gêné par les vides, l'éloignement.
- Fuit le test.

Au total, malade très fragile, presque psychotique dont les appels ne seront jamais satisfaits ; conduite d'échec dès le départ.

Le traitement outre celui de l'ulcère, comporta une relaxation, une psychothérapie qui eut pour but de convaincre le malade que l'opération ne pourrait répondre à tous ses besoins et que pour son cas de n'était pas le meilleur traitement. Après 15 jours de ce traitement une amelioration nette se dessine, le malade est plus detendu, souriant. Sur le plan somatique les douleurs gastriques se sont beaucoup atténuées, l'image radiologique confirme cet état. Une convalescence est alors envisagée. Il continue seul sa relaxation, passe ses matinées au lit.

Sur le plan social, un changement de travail est envisagé, une aide financière est demandée

à la mairie qui refusera.

Un mois après, Monsieur L... rechute. Il est réhospitalisé, son attitude vis à vis du traitement médical est très revendicative, l'opération est de nouveau discutée et repoussée malgre l'avis fortement contraire du malade.

Un bilan clinique est négatif.

La psychotherapie et la relaxation sont reprises. A nouveau l'état du malade s'ameliore et Monsieur L... sort pour un mois de repos au cours duquel il revoit plusieurs fois le Docteur B..., son psychothérapeute.

A la fin de son congé de convalescence il reprend son travail et change d'employeur, la reprise du travail a lieu dans les meilleures conditions.

Il fait quelques séances de relaxation en groupe mais finit par abandonner.

Nous apprenons que ses problèmes pécuniaires et familiaux rejaillissent, l'électricité est coupée une deuxième fois. Sa mère adoptive réclame par voie du tribunal 300.000 F d'indemnité pour préjudice moral que lui a causé son fils en la quittant et en tentant de se libérer de son adoption. Malgré cette situation le malade reste détendu, travaille régulièrement et manifeste beaucoup de confiance dans l'aide apportée par les médecins qui continuent à le suivre régulièrement.

Cette observation montre le succès que peut avoir une conception psycho-somatique de la maladie ulcéreuse.

L'intervention maintes fois repoussée n'aurait fait que reculer la prise de conscience

des problèmes psychologiques. Cette prise de conscience ne sera que progressive et la rechute reste possible.

Nous apprenons qu'apres cette période d'apparente adaptation aux conditions de vie extérieures, Monsieur L... a consulté un médecin généraliste en ville qui a entrepris un bilan complet avec tous les examens de laboratoire que cela implique.

Observation N° 3: Ulcère du bulbe.

Madame H..., 37 ans, a été hospitalisée à 3 reprises depuis 1964 pour ulcère du bulbe.

Il s'agit d'une femme d'origine Nord Africaine qui a quitté son pays natal pour s'installer en ISRAEL au moment de son mariage, aurait présenté des troubles psychiques ayant nécessité un traitement par cure de Sakel, quitte ISRAEL et s'installe en FRANCE. A cette époque un ulcère du bulbe cicatriciel est mis en evidence, le seul traitement médical n'amène pas la cessation des troubles et Madame H... continue à consulter son médecin traitant plusieurs fois par mois : se plaignant de douleurs épigastriques surtout à droite, de vomissements noirâtres, de fatigue, de troubles gynécologiques (leucorrhées fétides, métrorragies). Anxieuse, a peur que son ulcère se transforme en cancer.

Ière hospitalisation :

Un bilan somatique ne révèle rien d'autre que l'ulcère du bulbe.

Sur le plan gynécologique : cervicite, l'hystérographie est négative.

L'examen psychologique révèle d'importants conflits conjugaux : son mari ne s'intéresse pas à elle, a six enfants et a peur d'avoir un autre enfant. N'a pratiquement plus de rapports sexuels avec son mari.

Gros soucis d'argent, seul le mari travaille et le loyer est élevé, l'allocation logement leur a été refusée, leur appartement ne correspondant pas aux normes exigées. Est seule à assurer le ménage, est très surmenée. Sa fille âinée 17 ans va à l'école. Son mari travaillant dans une entreprise de bâtiment n'a pas d'horaire fixe. Sa deuxième fille a fait une tentative d'autolyse.

Une psychothérapie est conseillee mais n'a pu être entreprise Madame H... étant débordée par son travail ménager. Nous pensons plutôt à une fuite qu'elle rationalise en se retranchant derrière ses activités ménagères.

2e hospitalisation :

3 ans après son premier séjour. A continué à se soigner médicalement à chaque poussee ulcereuse par du BISMUTH, prend par ailleurs SALGYDAL, ASPIRINE, OPTALIDON, pour sa migraine qui dure depuis 10 ans.

La malade présente les mêmes troubles avec en plus : constipation, rectorragie.

Sur le plan familial ennuis avec sa fille qui a arrêté son apprentissage.

Madame H... passe deux jours de la semaine au lit.

En conclusion état dépressif melancolique réactionnel à des problèmes familiaux et conjugaux (problèmes restés en suspens, une psychothérapie n'ayant pu être entreprise).

Observation N° 4 : Colite spasmodique.

Monsieur V... 33 ans, souffre de douleurs abdominales depuis 3 mois, les examens radiologiques montrent une colite spasmodique. Le début de ces douleurs est précis, le lendemain du jour ou ayant retrouve un ami d'enfance il avait fait quelques abus de boissons et s'était donné un peu de liberté.

Avant d'être adressé à notre consultation Monsieur V... a consulté de nombreux médecins, tant en ville que dans les hôpitaux. Il désire une operation qui le delivrerait de ses troubles. Il revient constamment sur cette éventualité à laquelle il a échappé jusqu'ici.

Monsieur V... est l'aîné de 6 enfants, son père est un homme fruste, brutal, éthylique. A la naissance du malade il avait 42 ans alors que sa femme n'avait que 28 ans. Monsieur V... a vécu dans sa famille jusqu'à son service militaire. Dès son retour il se marie, sa femme est de 20 ans son aînée et a 3 enfants d'un premier mariage.

Monsieur V... est regulièrement revu à la consultation, finit par se faire opérer pour une pseudo-appendicite.

Au total manifestations hypocondriaques avec désir d'intervention. Les entretiens n'ont pu éviter cette première intervention.

ervation N° 5 : cas : constipation - nevrose.

ademoiselle G..., 28 ans, adressée par son
ecin traitant pour deux ordres de symptômes

onstipation opiniâtre 6 jours
rise de météorisme
endance à l'isolement.

déjà été hospitalisée à LYON pour un état
ressif, une narco-analyse et des électro-
s n'avaient amené aucune amélioration.

es examens somatiques sont normaux sauf di-
ation colique réguliere et moderee. La cons-
ation disparait et l'aspect somatique va
placer au second plan des préoccupations
médecins et de la malade, les symptômes
rotiques étant manifestes.

ette jeune fille de 28 ans, vit dans sa
ille et n'a aucun métier.

e père ethylique a été opéré en 1940 d'un
ère d'estomac, ne boit plus depuis mais a peu
ctivités.

a mère seule assume toutes les charges du
age, très difficilement car le commerce
elle tient périclite.

l'âge de 8 ans, Mademoiselle G... aurait
t un érythème nerveux, pendant 5 ans reste-
chez elle pour se soigner, continue ses étu-
grâce à des cours particuliers. De 14 à 20

ans fait partie de mouvements de jeunesse, mais sa tendance à l'isolement s'accentue de nouveau. Elle refuse d'aider sa mère pour ne pas être en contact avec les clients. Un épis de sentimental mal défini est suivi d'un état dépressif pour lequel elle est hospitalisée à LYON.

Au cours de son séjour son état s'améliore, le contact lors des entretiens est meilleur, des éléments névrotiques très organisés apparaissent, elle ne parle plus de sa constipation. Prend contact avec un psychothérapeute.

Au total structure névrotique avec organisation obsessionnelle. Psychothérapie analytiqu

Chez cette personne on observe une attitude pessimiste et défaitiste, un sentiment d'abandon et d'indifférence de la part de son entourage.

La constipation chronique d'origine psychologique peut être interprétée comme un refus de donner quoi que ce soit aux autres dont on ne peut rien espérer. Ce sentiment d'abandon et de méfiance se manifeste par un symptôme organique : la constipation.

Cette attitude d'agressivité se retrouve également dans son refus obstité de participer aux tâches ménagères familiales.

CONCLUSION DES OBSERVATIONS

L'experience des maladies gastro-entérologiques dans le service amène à constater qu'il existe dans ce domaine particulier les mêmes exigences que dans les autres sphères de l'organisme.

Il n'y a pas de spécificité gastro-entérologique en Médecine Psycho-Somatique. Il est évident qu'il est difficile de parler de guérison puisque les critères de son appréciation sont difficiles à réunir du fait de la maladie, de l'environnement et surtout de la difficulté à suivre ces malades.

Les éléments essentiellement organique étant écartés bien qu'une grande prudence reste indispensable dans ce domaine, des critères d'amélioration ont été élaborés prenant en considération :

- Une reprise et une persistance de l'activité professionnelle.
- Une normalisation des contacts sociaux.
- Une amélioration de la situation familiale.
- Une harmonisation de la vie sexuelle.

D'autres critères restent spécifiques à chaque cas.

Enfin la persistance ou l'abandon des symptômes somatiques n'est jamais pris au pied de la lettre, le symptôme pouvant être un moyen de défense contre l'angoisse.

VIII

CONCLUSIONS

-:-

I. Depuis plus d'un an, nous suivons l'expérience réalisée dans le cadre d'un service de médecine générale par une consultation de médecine psychosomatique réservée surtout aux sujets atteints d'affections gastro-intestinales paraissant à priori justiciables de cette méthode.

II. Après avoir tenté de définir la médecine psychosomatique, médecine totale s'adressant simultanément aux troubles et lésions organiques et aux perturbations psychiques intriquées, nous avons montré que deux théories en apparence opposées, l'une psychosomatique, l'autre corticoviscérale, trouvent actuellement les bases d'un fructueux rapprochement et se présentent plutôt comme deux modes d'approche d'une seule et même méthode.

III. Des recherches expérimentales sur l'animal (ulcère de contrainte, études radioscopiques du péristaltisme, étude du chimisme gastrique), quelques observations privilégiées de fistule digestive chez l'homme, ont permis d'établir avec certitude les relations entre des stimuli purement psychiques et l'apparition de troubles fonctionnels et même lésionnels de la muqueuse digestive, d'origine par conséquent psychogènes : ce qui justifie l'application de méthodes psychosomatiques à tout un secteur de la pathologie gastro-intes-

tinale.

IV. Nous avons décrit les méthodes d'examen psychosomatique telles que nous les avons vues pratiquées, sous la forme d'entretiens avec le malade : ainsi se révèlent le type psychosomatique du sujet, et les circonstances conflictuelles souvent ignorées de lui.

V. Le traitement psychothérapique d'inspiration psychanalytique est préféré à la cure-type, plus difficilement réalisable. La relaxation, voire les cures de sommeil, peuvent en être l'utile complément. Sur le plan social, une assistance s'efforcera d'atténuer les situations pénibles, familiales, sociales, professionnelles ; un traitement médical sédatif et tranquillisant aidera à surmonter l'élément spasmodique si souvent en cause.

VI. Nous illustrons par des observations personnelles les principales indications digestives de la médecine psychosomatique : spasme de l'oesophage, ulcères, colites spasmodiques, ulcéreuses, recto-colites hémorragiques.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : PICHOT

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

IX. BIBLIOGRAPHIE.

BOULKER P., CHERTOK L., SAPIR M.
La relaxation.
Expans. Scient. Franç. Paris, 1958.
Psychosomatique et gastro-enterologie (IVe Colloque de Médecine psychosomatique de Langue française) Masson éd., Paris, 1962, 204 p.

BOULKER P., CHERTOK L., SAPIR M.
Les applications de la médecine psychosomatique.
Societé Française de M.P.S. (1960).

E AJURIAGUERRA J., GARCIA BADARRACO J.
La relaxation. Aspects théorique et pratique.
Paris, Espans. Scient. Franç., 1951.
Les therapeutiques de relaxation en médecine psychosomatique.
Presse Méd. 4 mars 1953, 61, p. 316-320.

LEXANDER G.
Les influences des facteurs psycnologiques que les troubles gastro-intestinaux.
Psycho-anal. Quart. 1934, 3, p. 501-539.
La Médecine psychosomatique Payot éd. 1952, 267 p.

ALINT M.
Le médecin, son malade et la maladie (PUF 1960).

BAYET R.
Conceptions psychosomatiques de la constipation.
Vie Méd. août 1956, p. 1031-1037.
E.M.C. Psychiatrie, Méd. Psychosomatique 37400 E 10, 1959, p. 1-6.

BIKOV
Le rôle du cortex cérébral dans le fonctionnement des organes internes.
Cycles Pavlov et son enseignement à Moscou en 1949.

BILIBINE A.F.
Le médecin et son malade
Vestn. Akad. Med. Naouk. 1967 4 Moscou.

BOMPARD A.
Problèmes posés par l'orientation psychosomatique d'un service de médecine générale.
Thèse de Paris, 1962.

BOMPARD B.
La formation psychosomatique de l'étudiant et du praticien.
(Thèse de PARIS - 1964).

BONFILS S., DUBRASQUET M., LAMBLING A.
L'ulcère de contrainte. Technique expérimentale "psychosomatique".
Psychosomatique et Gastro-entérologie p. 38-52.

BONFILS S., LAMBLING A.
Quelques problèmes psychosomatiques particuliers posés par l'ulcère gastro-duodénal. L'optique du somaticien et de l'expérimentateur.
Psychosomat. et Gastro-entérologie, p. 112-123.

BONNET DE PAILLERETS F.
Les problèmes psychiatriques d'un service de medecine genérale.
Thèse de Paris, 1960.

BOUTTIER D., GACHKEL V., BOMPARD A.
Pratique psychosomatique et médecine hospitalière (Quelques problèmes poses par un essai de "clinique intégrée").
Presse Méd. 2 févr. 1963, 71, p. 269-270.

BOUTTIER D., BOCQUIER, BOMPARD A., JOUVE S., BOULAS R., HELD R.
Soc. Méd. Psychosomatique 16 nov. 1963.

BURGER A.J., LAMBLING A.
Les formes cliniques psychosomatiques de la maladie ulcéreuse.
Rev. méd. psychosomat. 1960 2 p. 84-89.
Psychosomatique et gastro-entérologie, p. 80-87.

CANNON W.B.
L'influence des états émotionnels sur le tube digestif.
Am. Journ. Med. Sc. 1909 137 p. 480-487.

CHERTOK L., GACHKEL V., BOMPARD A., BOUTTIER D.
L'hystérie de conversion dans un service de médecine générale.
IIe Congrès Internat. Méd. Psychosomatique de Langue Française, Paris, juill. 1963.

CHERTOK L.
La médecine psychosomatique à l'est et à l'ouest
Presse Méd. 16 mars 1968, 76, p. 641-644.

DELAY J.
Introduction à la medecine psychosomatique
Paris Masson éd.
Perspectives psychosomatiques
Rev. méd. Psychosomat. Ie Congrès de Méd.

Psychosomat. Langue Fr. Vittel 1960.

DUBARRY J.J., TOURNERIE J., BERNARD J.P.
L'importance du facteur psychosomatique dans le déterminisme des ulcères digestifs et des rectocolites hémorragiques.
Psychosomat. et Gastroentérologie, p. 156-162.

EY H., BERNARD P., BRISSET Ch.
Manuel de Psychiatrie (Masson, 1963)

Livre blanc de la Psychiatrie Française, rapports présentés aux journées psychiatriques - Paris, 19-20 juin 1965.

FAIN M.
Le facteur conflictuel dans l'étiologie des ulcères gastro-duodénaux.
Revue Fr. Psychanal. 1951 III, p. 344-355.
Evolution affective du systeme digestif haut
E.M.C. Psychiatrie 37450 C-10 2-1955 6 p.

FRUMUSAN P., CATTAN R.
Le problème de la maladie ulcéreuse
Presse Méd. 1955 63, p. 398-401.

GRINKER R., ROBBINS P.
Cliniques psychosomatiques.
Paris, Presses Univ. Fr. éd.

HELD R.
L'interrogatoire psychosomatique
Entretiens de Bichat, oct. 1958.

JACOBSON E.
Les méthodes scientifiques de la relaxation
Rev. La Relaxation 1958, Paris Expans. Scient. Franç. éd.

JOUVE S.
Sept observations d'hysterie de conversion dans un service de Médecine générale à orientation psychosomatique.

KAMMERER Th., DURAND DE BOUSINGEN R.
La relaxation en tant que psychotherapie. Ier Congrès Med. Psychosomat. Langue Fr. Vittel 1960.

KAPLAN H.
Le concept psychosomatique d'ulcère peptique.
Journ. Nervous Ment. Diseases 1956 123; pp. 93-111.

KOURTSINE I.T.
Quelques problèmes actuels de la pathologie cortico-viscérale.
Rev. Méd. Psychosomat. 1965, 7, p. 117-136.

LAMBLING A., HARDOUIN J.P., BONFILS S., LAUMONIER R.
Ulcères gastriques expérimentaux.
Archives mal. app. dig. 1953 42 p. 417-451.

LEROY Cl., LAROCHE L., BOMPARD A.
La place de l'examen complementaire dans la relation medecin-malade.
IIe Conf. Intern. sur la Formation psychologique des medecins, Paris 19-22 mars 1964.

MEYER B.C.
Aspect de la psychothérapie en médecine psychosomatique.
Rev. Fr. Psychanal. juill. sept. 1955 19 p. 357-368.

MICHAUX L.
Possibilites et limites de la médecine psychosomatique.

Concours Méd. 21 avril 1962.

MONTASSUT M., CHERTOK L.
Affections psychosomatiques et psychonévroses à l'Hôpital, aux Etats-Unis
Semaine des Hôp. 1951 27 p. 1-4.

de M'UZAN M., BONFILS S., LAMBLING A.
Les facteurs psychosomatiques du pronostic de la maladie ulcéreuse.
Psychosomat. et Gastro-entérologie p. 57-64.

de M'UZAN M.
Etude psychosomatique des affections du tube digestif haut.
E.M.C. Médecine Psychosomatique 37450-C 10- p. 1-8.

ORGEL S.G.
Action de la psychanalyse sur l'évolution de l'ulcère peptique.
Psychosomat. Méd. 1958 20 p. 117-123.

REISER M.
Evolution des conceptions en médecine psychosomatique.
Rev. méd. psychosomat. 1967 I p. 1-11.

SAPIR M., REVERCHON F., BIRO J., JAVAL Y. Mme
L'etiopathogenie psychosomatique de l'ulcère existe-t-elle ?
Psychosomat. et Gastro-entérol. p. 66-79.

SCHULTZ J.H.
Le training autogène.
Paris, 1958 Presses Univ. Fr. éd.

SIVADON P.
Psychopathologie et psychologie medicale
Presse Universitaire de BRUXELLES (PUB)
édition 66.

STOKVIS B., HOHBERGER I.A.D.
Les somatonévroses en gastro-entérologie.
Psychosomat. et Gastro-enterol. p. 133-139.

VALABREGA J.P.
Les théories psychosomatiques
PUF 1952.

WEISS, ENGLISH
Médecine psychosomatique
Delachaux et Nestlé Neufchatel.

WITTKOWER C.D., SOLYOM L.
Theorie cortico-viscérale et théorie psychosomatique. Vers une convergence des modèles conceptuels de l'interaction psychophysiologique en pathologie.
Rev. méd. Psychosomatique 1964, 6, p. 223-231.

Rapports du psychique et du somatique en psychiatrie et en médecine.
Travaux de l'Institut Bechterev, Leningrad 1963.

Le rôle des facteurs nerveux dans la pathogénie des troubles cortico-visceraux.
Table Ronde in Rev. méd. psychosomat. 1967 9, p. 57-63.

TABLE DES MATIERES

-:-

		Page
I	. Introduction	19
II	. Les théories en présence	25
III	. Résultats expérimentaux	37
IV	. Méthodes d'examen psychosomatique dans un service de médecine générale	47
V	. Méthodes de traitement	61
VI	. Applications à la gastro-entérologie	75
VII	. Observations	85
VTII	. Conclusions	103
IX	. Bibliographie	105

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-